

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN VE
BAKIMVERENLERİN ANKSİYETE-DEPRESYON
DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
BELİRLENMESİ**

Halide USLU

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2011

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN VE
BAKIMVERENLERİN ANKSİYETE-DEPRESYON
DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
BELİRLENMESİ**

Halide USLU

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Zeynep CANLI ÖZER

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi
Tarafından desteklenmiştir (Proje No: 2009.02.0122.011)

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 04 / 07 / 2011

Tez Danışmanı : **Doç. Dr. Zeynep CANLI ÖZER**
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : **Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU**
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : **Prof. Dr. Necmi DEĞER**
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı



Üye : **Prof. Dr. M. Ziya FIRAT**
Akdeniz Üniversitesi, Ziraat Fakültesi
Biyometri ve Genetik Anabilim Dalı



Üye : **Doç. Dr. Hicran Aydın BEKTAŞ**
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../2011 tarih ve .../.... Sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Araştırma, kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerinin anksiyete-depresyon düzeylerini, yaşam kalitelerini değerlendirmek, birbirleriyle ilişkisini incelemek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla analitik olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği ve Kliniğine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, kalp yetersizliği tanısı alan 150 hasta ve 150 bakımveren oluşturmuştur. Veriler, hastalara ve bakımverenlerine anket formu uygulanarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Bakımveren Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden yararlanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-11 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tüm veriler için tanımlayıcı istatistikler, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni etkileyen değişkenler için stepwise yöntemi ile çoklu regresyon analizleri, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği arasındaki ilişkinin varlığını ölçmek için korelasyon testleri yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların ve bakımverenlerinin yaşam kalitelerinin orta düzeyin altında, anksiyete depresyon düzeylerinin ise eşik değer üstünde ve yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşam kalitelerini ve anksiyete-depresyon düzeylerini; yaş, sağlık durumu, eğitim, hastaneye yatış sayısı, cinsiyet, başka bir kronik hastalığın varlığı, yaşanan semptomlardan ödem, aktivite kısıtlılığı, göğüs ağrısı, uyku problemi ve nefes darlığı gibi değişkenlerin etkilediği görülmüştür. Bakımverenlerin yaşam kalitelerini ve anksiyete-depresyon düzeylerini ise; yaş, cinsiyet, sağlık durumu, eğitim, hastalıkla ilgili bilginin varlığı, aile içinde alınan sorumluluk, evde hasta ile yaşanan sıkıntı gibi değişkenlerin etkilediği belirlenmiştir. Hastaların ve bakımverenlerin yaşam kaliteleri ve anksiyete-depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, yaşam kalitesi, bakımveren, anksiyete-depresyon, hemşirelik

ABSTRACT

This analytic research is planned to utilize the anxiety-depression levels of patients who have heart failure and caregivers, to examine relations of them and to find factors which effect them. The research is made with 150 caregivers and 150 patients who had the heart failure and came the cardiology polyclinic and clinic of The Akdeniz University Hospital and accepted to added the research. The datas include forms which are filled up by the patients and caregivers. The Patient Information Form, the Caregiver Information Form, the SF-36 Quality Of Life Scale and the Hospital Anxiety Depression Scale are used to obtain datas.

The SPSS-11 Statistics Packet Programme is used to the evaluation of datas. The Stepwise Method and Multiple Regression Analysis is made for the SF-36 Quality Of Life Scale and the Hospital Anxiety Depression Scale. The correlation tests are made to measure the SF-36 Quality Of Life Scale and the Hospital Anxiety Depression Scale's relationship.

According to the results which obtained from the research the quality of life of the patients and caregivers are lower than average and the anxiety depression of them is higher than average. Age, health, education, number of day in hospital, sex, another chronic disease, edema, immobilization, chest pain, insomnia and dispnea effect the quality of life and anxiety-depression levels of the patients. On the other hand age, sex, health, education, information about disease, responsibility in the family and stress which is lived with patient at home effect the quality of life of the caregivers. It is found that there are meaningful results between the quality of life and the anxiety depression levels. Investigations are made as a result of offers.

Keywords: Heart failure, quality of life, caregiver, anxiety-depression, nursing

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan, bilimsel katkılarıyla çalışmamın her aşamasında çok büyük emeği olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Zeynep CANLI ÖZER'e,

Manevi desteğini ve hoşgörüsünü sürekli hissettiğim Sayın Doç. Dr. Hicran AYDIN BEKTAŞ'a

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarına,

Çalışmamın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan desteği veren Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniği'nde çalışan ekip üyelerine,

Araştırma verilerinin analizindeki yardımlarından dolayı Sayın Nevzat DÖNDER'e,

Bana zaman ayırarak bu tez verilerinin oluşturulmasında yardımcı olan hastalara ve yakınlarına,

Hayatım boyunca bana destek olarak güç kazandıran sevgili aileme, özellikle gösterdiği sabır ve desteği ile her zaman yanımda olan anneme, değerli dostum Şule TOPAL'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalp Yetersizliği	4
2.1.1. Kalp Yetersizliğinin Tipleri	5
2.1.2. Fیزیopatoloji	6
2.1.3. Belirti ve Bulgular	7
2.1.4. Tanı	9
2.1.5. Tedavi	12
2.2. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	14
2.2.1. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda ve Bakımverenlerde Yaşam Kalitesi	14
2.2.2. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda ve Bakımverenlerde Anksiyete-Depresyon	19
2.3. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Tanıları	22
MATERYAL METOD	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yeri	27
3.3. Araştırmanın Evreni	27
3.4. Araştırmanın Örnekleme	27
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.6. Verilerin Toplanması	28
3.6.1. Ön Uygulama	28
3.6.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	28
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	28

3.7.1.	Kişisel Bilgi Formu	29
3.7.2.	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	29
3.7.3.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	30
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	31
BULGULAR		32
TARTIŞMA		85
SONUÇLAR		108
ÖNERİLER		111
KAYNAKLAR		112
ÖZGEÇMİŞ		120
EKLER		121
EK:1	Onam Formu	
EK:1-A	Hasta Bilgi Formu	
EK:1-B	Bakımveren Bilgi Formu	
EK:1-C	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK:1-D	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	
EK:2	Kurumsal İzin	
EK:3	Etik Kurul Onayı	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ:**Dünya Sağlık Örgütü
NYHA:New York Kalp Birliği
EF:Ejeksiyon Fraksiyonu
BKİ:Beden Kitle İndeksi
HAD:Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği
HAD-A:Anksiyete Alt Ölçeği
HAD-D:Depresyon Alt Ölçeği
Max:Maximum
Min:Minimum
SPSS:Statistical Package For Social Sciences
P:Olasılık
Ort:Ortalama
SD:Standart Deviation (Standart Sapma)

TABLolar DİZİNİ

Tablo		Sayfa
4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
4.2.	Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	34
4.3.	Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	36
4.4.	Bakımverenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	39
4.5.	Bakımverenlerin Hastalarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	41
4.6.a.	Hasta ve Bakımverenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri ve Hastane Anksiyete-Depresyon Alt Ölçekleri Ortalama Puanlarının Dağılımı	44
4.6.b.	Hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin HAD-A ve HAD-D Eşik Üstü/Alt Puanlarına Göre Dağılımı	45
4.6.c.	Bakımverenlerde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin HAD-A ve HAD-D Eşik Üstü/Alt Puanlarına Göre Dağılımı	46
4.6.d.	Hasta ile Bakımverenlerde HAD Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Korelasyonu	48
4.6.e.	Hasta ile Bakımverenlerde HAD Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Korelasyonu	49
4.6.f.	Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile Korelasyonu	50
4.7.a.	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı	52
4.7.a.	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı -Devam	53
4.7.b.	Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı	55
4.7.b.	Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı-Devam	56

4.7.c.	Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı	58
4.7.d.	Hastaların Hastalıkla İlgili Yaşadığı Semptomların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı	60
4.7.e.	Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı	62
4.8.a.	Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi	64
4.8.a.	Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi- Devam	65
4.8.b.	Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile HAD Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi	69
4.9.a.	Bakımverenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı	71
4.9.a.	Bakımverenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı-Devam	72
4.9.b.	Bakımverenlerin Hasta ile İlişkili Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı	75
4.9.c.	Bakımverenlerin Tedavi Süreci ile Yaşadıkları Sıkıntıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı	77
4.10.a.	Bakımverenlerin Tanıtıcı ve Hastaya İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi	79
4.10.b.	Bakımverenlerin Tanıtıcı ve Hastayla İlişkin Özellikleri ile HAD Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi	83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
4.1.	Hastaların Hastalık ile İlgili Yaşadıkları Semptomların Dağılımı	37
4.2.	Hastaların Bakımverenlerinden Yardım Aldıkları Konuların Dağılımı	38
4.3.	Bakımverenlerin Tedavi Süreci ile İlgili Yaşadıkları Sıkıntıların Dağılımı	43
4.4.	Hastaların ve Bakımverenlerinin Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Dağılımı	47

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge		Sayfa
2.1.	Framingham Kriterleri	9
2.2.	Boston Kriterleri	10
2.3.	NYHA Fonksiyonel Sınıflama ve Tanımlaması	11
2.4.	Amerikan Kalp Birliği Kalp Yetersizliği Sınıflaması	12
2.5.	DSÖ'ye Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirildiği Alanların Kapsadığı Maddeler	16

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kalp yetersizliği, özellikle endüstriyel toplumlarda majör bir sağlık sorunudur (1). Son yıllarda sıklığı, yaygınlığı ve mortalitesi giderek artmaktadır. Yaşlanan nüfusla birlikte kalp yetersizliğinin insidansının gelecek yıllarda daha da fazla artması beklenmektedir (2,3,4).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 milyon kalp yetersizliği hastası olduğu ve bu sayıya her yıl 550 binden fazla yeni kalp yetersizliği vakasının eklendiği rapor edilmiştir (5,6,7,8). Bu nedenle kalp yetersizliği “yeni bir salgın” olarak tanımlanmıştır (7,9). Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin verilerine göre de kalp yetersizliği görülme sıklığı %2.3'dür (10). Gelişmiş ülkelerde ise kalp yetersizliği yetişkin nüfusta %1–2, yaşlılarda %6-7'dir (9,11,12,13,14,15).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp yetersizliği insidansının arttığı tahmin edilmekte, ancak ülkemizdeki prevalans ve insidans ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle Türk Kardiyoloji Derneği gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere ilişkin verilere dayanarak, ülkemize ait yaklaşık rakamlar oluşturulmuştur. Kaba kalp yetersizliği insidansının yılda binde 1-5 arasında olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde her yıl 70.000-350.000 yeni klinik kalp yetersizliği olgusunun ortaya çıktığı söylenebilir. Kaba kalp yetersizliği prevalansı ise binde 3-20 arasındadır. Bu rakamlara göre kalp yetersizliği epidemisinin yaklaşık ülkemizde 1 milyon kişiyi etkilediği düşünülebilir (1,10).

Kalp yetersizliği, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre; “normal diyastol sonu basıncında organların ihtiyacı olan kalp debisinin kalp tarafından sağlanamaması durumu” şeklinde tanımlanmaktadır (4,16,17). Geçmişte kronik hastalıkların kişiler, aileler ve toplumlar üzerine olan etkileri ihmal edilmiştir. Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak tıptaki ilerlemeler, insan ve hasta haklarının yaygınlaşması, sağlık bakım ihtiyaçlarındaki değişiklikler, kronik hastalıkların artması ve bunlara bağlı olarak sağlık gereksinimlerinin birey ve ülke ekonomisine getirdiği güçlükler, bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamıştır. DSÖ tarafından yaşam kalitesi; “kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerleri sistemi içinde algılayış biçimi” olarak tanımlanmıştır (18,19,20).

Kalp yetersizliği tanısı alan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşadıkları, ekonomik, psikososyal ve cinsel sorunlar yaşadıkları, özellikle iş yaşamında, aile ve arkadaş ilişkilerinde sorunlarla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (21). Bütün bunlar kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kalp yetersizliğine sahip bireyler, sağlıklı kişilere ya da

diğer kronik hastalıklara sahip kişilere oranla kötü bir yaşam kalitesine sahiptirler (22).

Yaşam kalitesi çalışmaları daha önceleri sadece hastalar üzerine odaklanmışken, sonrasında kronik hastalıkların, bakımverenlere etkisi de önemsenmeye başlanmıştır. Hem hastaların hem bakımverenlerin yaşam kalitesini değerlendirmek ve her ikisinin ilişkili olduğu faktörleri belirlemek oldukça önemlidir. Özellikle ileri aşamalarda hastalar, tamamen bağımlı ve sürekli yardımla yaşamlarını sürdürebilir hale gelebilirler. Bireylerde fiziksel ve psikolojik sorunlar arttıkça aile üyelerine bağımlılıkları artar (23, 24).

Aile içinden biri/birileri hasta ile ilgili bütün sorunlarla ilgilenmek ve hastaya fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden destek sağlamak durumunda kalabilir. Bu durumda, hastadan sonra kronik hastalıktan en çok etkilenen birey hasta ile ilgilenen hasta yakını olmaktadır. Özellikle ileri evrede hastası olan hasta yakını; hastasının gereksinimlerini karşılamak için işini bırakabilir ya da çalışma süresini azaltabilir, sosyal aktivitelere ve boş zaman aktivitelerine zaman ayıramayabilir, ev işlerini eskisi gibi yerine getiremeyebilir, çocuklarına/diğer aile bireyelerine daha önceki gibi bakamayabilir, zaman ayıramayabilir, hatta kendi öz-bakım aktivitelerini bile yerine getiremeyebilir. Tüm bu nedenler hasta yakınlarının yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir (25,26,27).

Hastalık kişinin dengesini bozar, yeni bir uyum gerektirir. Hastalık durumu kişinin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olabilir. Kalp yetersizliği olan hastalar psikolojik sorunlar yaşayabilmekte, diğer kronik hastalıklar ya da sağlıklı bireyelerden daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri göstermektedir (12,28,29). Kalp yetersizliği olan hastalarda anksiyete hakkında çok az şey bilinmesine rağmen, diğer kalp ve kanser hastalarıyla veya akciğer hastalarıyla karşılaştırıldıklarında kalp yetersizliği olan hastaların benzer hatta daha yüksek anksiyete seviyesine sahip oldukları görülmüştür (29). Adaptasyonu artırmak, hastalığa bağlı komplikasyonları veya diğer kalp olayları riskini azaltmak için depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi ve hastaların etkili bir şekilde baş edebilmeleri çok önemlidir (7).

Depresyon ve anksiyetede yaşam kalitesi düşmekte, aile ve çevre ile olan ilişkiler bozulmakta, iş verimi düşmekte ve intihar eğilimi artmaktadır. Bu yönleriyle depresyon ve anksiyete dünyaca kabul edilen en yaygın psikolojik durum ve toplumsal bir sorundur (12,30). Depresyon ve anksiyete, kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda olduğu gibi, onlara bakımverenler için de yaygın psikolojik problemlerdendir. Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süre artmakta, hem hasta, hem de aynı evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmaktadırlar (20). Ne var ki, bir kaç çalışmada kalp yetersizliği olan hastalara bakımverenler, hayatlarını hastanın gereksinimlerini karşılamaya ayırdıkları için sosyal olarak izolasyon duygusu yaşama, fiziksel olarak bitkinlik, bakım verme rolüne hazır hissetmeme, uykusuz kalma, maddi sorunlar nedeniyle anksiyete yaşadıkları görülmüştür (5,11,31,32). Bu nedenle bakımverenler de anksiyete depresyon, yaşam kaliteleri yönüyle değerlendirilmeli, uygun girişimlerde bulunulmalıdır (33,34). Ayrıca ülkemizde kalp

yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerinin anksiyete- depresyon düzeylerini ve yaşam kalitelerini birlikte inceleyen bir çalışma olmadığı için hemşirelik açısından önemlidir.

Kronik bir hastalık olan kalp yetersizliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve hastaların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi için hastalığa psikososyal uyumun artırılması sürecinde hemşirelerin önemli bir yeri vardır. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir. Hemşireler, hastaların yaşam kalitelerini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidir (21,29,35,36). Hastaların psikososyal uyumlarının ve bu tür sorunları ile baş edebilme yeteneklerinin geliştirilebilmesi için fiziksel, sosyal ve duygusal destek vermelidir (21). Aynı zamanda hemşireler yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesi geliştirici modelleri kurmak için abalmalı, var olanları da geliştirmelidir (35).

Kalp yetersizliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı, bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Hemşire, hastanın kişisel kontrolüne yardım etme, hastayı ve bakımverenlerini bilgilendirme konularında liderlik yapmalı (37), bireyin kendi bakımına direk katılımını sağlamalı, yaşam kalitesini yükseltecek, hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulamalı, bireyleri düzenli olarak takip etmelidir (1).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerin anksiyete-depresyon düzeylerini ve yaşam kalitelerini belirlemek, birbirleriyle ilişkisini incelemek, anksiyete-depresyon ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeyleri nedir?
2. Kalp yetersizliği olan hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ile bakımverenlerin anksiyete-depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesi ile bakımverenlerin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerin yaşam kalitesi ile sosyodemografik değişkenleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerin anksiyete-depresyon düzeyleri ile sosyodemografik değişkenleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. Kalp yetersizliği olan hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ile hastalığa ilişkin özellikleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
7. Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerin yaşam kalitesi ile anksiyete-depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği, DSÖ'ye göre normal diyastol sonu basıcında organların ihtiyacı olan kalp debisinin kalp tarafından sağlanamaması durumu şeklinde tanımlanmaktadır (4,16,17). Son yıllarda kalp yetersizliği sıklığı, yaygınlığı ve mortalitesi artan bir hastalıktır. Kardiyovasküler hastalıklardaki insidans azalmasına karşın, kalp yetersizliğinin insidansı son 20 yılda belirgin olarak artmıştır (2). Popülasyonun gittikçe yaşlanması, kronik hastalıkların oranında artışa neden olmaktadır. Hipertansiyon, dislipidemi, diyabetes mellitus gibi hastalıkların toplumda görülme sıklıklarının ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması kalp yetersizliğinin insidansını da artırmaktadır (1,19).

Yaşlanan nüfusla birlikte kalp yetersizliği yaygınlığının gelecek yıllarda daha da fazla artması beklenmektedir (11). 65 yaş civarındaki insanların %6-10'u kalp yetersizliğine sahiptir. 40 yaşındaki bir insan içinde hayat boyunca kalp yetersizliği olma riski 1/5'dir (9,38,39). 2030 yılında ülkemizdeki kalp yetersizliği prevalansının iki katına çıkacağı ve kalp yetersizliği olgu sayısının 2 milyona yaklaşacağı tahmin edilmektedir (10).

Tüm kalp yetersizliği hastaları için 12 aylık ölüm oranı %10-%20 ve ilerlemiş veya New York Kalp Birliği Fonksiyonel Sınıflaması (NHYA) IV'e giren hastalar için %50'dir (6,40). Her yıl yaklaşık 250.000 kişi kalp yetersizliğinden ölmekte ve son 40 yıl içerisinde kalp yetersizliğinden ölüm oranı 6 kat artmaktadır (7,8). Topluma dayalı araştırmalar gösteriyor ki hastaların %30-40'ı teşhis edildikten sonraki bir yıl içerisinde, %60-70'i beş yıl içinde ölmektedir. Son zamanlarda yapılan birçok çalışma teşhisin ilerlediğini göstermesine rağmen hastaneye kabul edilen hastalardaki ölüm oranı, çoğu kanser tanısı alan hastadan daha yüksektir (4,9,41).

Batı ülkelerinde kalp yetersizliği için hastaneye yatışlar, son yirmi yılda %155, dört kat artış göstermiştir (10,42). Kalp yetersizliği yaşlı hastaların yüksek sağlık harcamaları ile hastaneye yatmasının başlıca sebepleri arasındadır (14). Kalp yetersizliği olan hastanın tedavi ve bakımının sağlık sistemine doğrudan maliyeti yıllık 21.4 milyar dolar, dolaylı maliyeti ise 1.8 milyar dolar olup, toplam maliyet 23.2 milyar dolardır. Bu toplam sağlık bütçesinin %5.4'ünü oluşturmaktadır (10). Bu rakamlardan anlaşılacağı üzere, kalp yetersizliği toplumsal bir sağlık sorunu olup, toplum sağlığı açısından kalp yetersizliğinin önemi tartışılmazdır (42).

Kalp yetersizliği, herhangi bir kalp hastalığının son tanısı değil bir sendromlar bütünüdür. Bu nedenle kalp yetersizliğinin temel nedeninin ne olduğunun araştırılması önemlidir. Geçmiş yıllarda kalp yetersizliğinin en sık nedeni sistemik

arteriyal kan basıncı yüksekliydi. Ancak kan basıncı yüksekliğinin tanı ve tedavisinde gün geçtikçe sağlanan iyileşme, buna karşılık koroner arter hastalığı insidansının gittikçe artması, günümüzde kalp yetersizliği etiyojisinde koroner arter hastalığının birinci sırayı almasına neden olmuştur (13,39). Bununla birlikte kalp yetersizliğinin etiyojisi ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde koroner arter hastalığı ve hipertansiyon, az gelişmiş ülkelerde ise; romatizmal kalp hastalığı, infeksiyonlar ve beslenme bozukluklarıdır (12,43,44). Kalp yetersizliğinde kalbin yükünü arttıran veya vücudun dengesini bozan hızlandırıcı faktörler kalp yetersizliğinin dekompanse hale gelerek bulguların ortaya çıkmasına neden olur (45).

Başlıca hızlandırıcı faktörler aşağıda belirtilmiştir:

- Vücudun metabolik gereksinimini arttıran faktörler: Ateş, enfeksiyon, anemi, taşikardi, gebelik, hipertiroidi, stres
- Dolaşım hacmini arttıran durumlar: Diyet ile çok aşırı miktarda tuz ve sıvı alımı, böbrek yetersizliği
- Ard yükü arttıran durumlar: Tedavi edilmemiş hipertansiyon, pulmoner emboli
- Kasılabilirliği azaltan durumlar: Negatif inotropikler, miyokard iskemisi veya infarktüsü, aşırı alkol kullanımı, hipotiroidi, kalp yetersizliği için verilen ilaçları düzenli almamadır (4,8,45).

2.1.1. Kalp Yetersizliğinin Tipleri

Kalp yetersizliği çeşitli tiplere ayrılabilir. Bunlar akut-kronik kalp yetersizliği, düşük debili-yüksek debili kalp yetersizliği, sol-sağ kalp yetersizliği, öne doğru-geriye doğru kalp yetersizliği, sistolik-diastolik kalp yetersizliğidir.

1-Akut-Kronik Kalp Yetersizliği: Kalp yetersizliğine neden olan patolojinin gelişme hızı ve karşılayıcı önlemlerin alınabilmesi için gereken zamana bağlı olarak klinik tablonun akut veya daha uzun sürede ortaya çıkmasını belirten bir tanımlamadır (46,47).

Kronik kalp yetersizliği tablosunda kan basıncı muhafaza edilir, vücutta sıvı birikimi ve ödem dikkati çeker. Akut kalp yetersizliği ise, nefes darlığı ve akut akciğer ödemi ile birden bire başlar. Kan basıncı süratle düşer, kardiyojenik şok gelişebilir, fakat periferik ödem görülmez. Akut ve kronik kalp yetersizliği tiplerinin ikisinde de sistemik vasküler direnç artar, dolaşan kan hacminin dağılımında değişiklik meydana gelir (44,46,48).

2-Sağ-Sol Kalp Yetersizliği: Kalbin sadece bir tarafının etkilenmesi nedeniyle ortaya çıkar. Kalbin kendisine gelen kanı yeterli biçimde dolaşımda ileriye doğru taşıyamamasıdır (16,49).

3-Düşük-Yüksek Debili Kalp Yetersizliği: Birçok sebebe bağlı ve sık görülen kalp yetersizliği şekli olan düşük debili kalp yetersizliğinde periferik vazokonstriksiyona bağlı olarak nabız basıncı düşük, ekstremiteler soğuk, nemli soluk ve ekstremiteler uçları siyanotiktir. Yüksek debili kalp yetersizliği durumunda periferik vazodilatasyona bağlı deri ve ekstremiteler kırmızı ve sıcaktır, nabız

basıncı yüksek bulunur, arteriyal oksijen saturasyonu arasındaki fark normal ya da azalmıştır (44,47).

4-Öne-Geriye Doğru Kalp Yetersizliği: Öne doğru kalp yetersizliği kavramı; klinikte debi düşüklüğü ile birlikte olan semptom bulguları, geriye doğru kalp yetersizliği kavramı ise; pulmoner veya sistemik venöz konjesyona ilişkin semptom ve bulguların varlığını ifade eder (46,48).

5-Sistolik–Diyastolik Kalp Yetersizliği: Son yıllarda kalp yetersizliği , kalbi sistolik ve diyastolik fonksiyonlarının durumuna göre sınıflandırılmaktadır (50). Kalbin kasılma işlevindeki bozukluğa bağlı olarak oluşan kalp yetersizliğine sistolik, diyastolik ventrikül doluşunun aksamasına bağlı olarak oluşan kalp yetersizliğine ise diyastolik, kalp yetersizliği denir (46). Kalp yetersizliği denilince klasik olarak sistolik kalp yetersizliği düşünülmeyle birlikte sistolik kalp yetersizliği tek başına ancak yetersizliklerin 1/3'ünden sorumludur. 1/3'ü de diyastolik kalp yetersizliği ile karışık olarak bulunur. Günümüzde sistolik ve diyastolik kalp yetersizliğine en sık iskemik kalp hastalıkları neden olmaktadır (8).

2.1.2. Fizyopatoloji

Kalp yetersizliği kalp, iskelet kası ve böbrek fonksiyonlarında bozukluklar, sempatik sinir sisteminin stimülasyonu ve nörohümorale değişiklikler ile karakterize kompleks bir sendromdur (44,47).

Ön Yük: Ventrikül diyastol sonu volümü ve basıncıdan oluşmaktadır. Ön yük artınca stroke volüm artmaktadır. Ventrikül iyi genişleyemez veya tam dolamazsa atım hacmi azalmaktadır (16,45,50,51).

Ard Yük: Maksimum sistolik ventrikül duvar gerilimi olup ventrikül kasılmasına karşı gelişen direnç olarak tarif edilmektedir. Kalbin önündeki engeli göstermektedir. Ard yük arttıkça debi azalmaktadır (16,17,51).

Miyokard Kontraktilitesi: Kontraktilite kas liflerinin kasılma, kuvvet hızıdır. Maksimum basınç artış hızı ölçümleri ile doğrudan değerlendirilebilmektedir. Sağlıklı bir kalbin kontraktilitesinde üç etken mevcuttur. Bunlar; Frank-Starling mekanizması, Bowditch etkisi ve Sempamatikoadrenerjik aktivasyondur (16,17,39).

Frank-Starling Mekanizması; kalbin kontraksiyon gücünü kontrol eden en önemli faktörlerden biri olan bu mekanizma kalp atım gücünü yansıtan arter diyastol sonu basınç ya da hacminin neden olduğu artmış diyastolik kas lifi uzunluğuna yanıt olarak oluşan artmış vuru hacmi ve dolayısıyla kalp akımı olarak tanımlanmaktadır. Kalbin atım volümü ile sol ventrikülün dolum hacmi arasındaki ilişkiyi ortaya koyar (45,46,50).

Bowditch Etkisi; sağlıklı bir kalpte kalp hızı arttıkça kasılma hızı ve kuvvetinde artış olmaktadır. Ancak kalp yetersizliğinde kalp hızı artınca kontraktilite artışı olmadığı gibi çoğu zaman kontraktilitede azalma meydana gelmektedir (17).

Sempamatikoadrenerjik Aktivasyon; dolaşımdaki nöradrenalin düzeyinin artmasına karşılık miyokardiyal nöradrenalin depolarında azalma olur. Nöradrenalin kalpte beta-adrenareseptör-adenilsiklaz aktivasyonuna yol açar. Kalp yetersizliğinde

dowregülasyon nedeniyle beta reseptör sayısında azalma meydana gelmesi bu etkiyi azaltmaktadır (39,45,47,52).

Miyokard kontraktilesindeki bozukluk veya ventriküle aşırı hemodinamik yük binmesi veya her ikisinin birlikte varlığında kalbin yeterli pompa fonksiyonunu sürdürebilmesi için bir dizi koruyucu mekanizmalar gelişir. Bu mekanizmalar kalp debisini normal hale getirmeye ve hayati organlara yeterli kan akımını sağlayabilmeye yöneliktir (16,53).

Kalp yetersizliğinde gelişen bu kompanzasyon mekanizmalar kısa dönemde kalbin normal fonksiyonunu sürdürmesine katkıda bulunur, uzun dönem etkileri ise asıl olarak zarar vericidir ve kronik kalp yetersizliğinde klinik semptomların ortaya çıkmasına neden olurlar. Kompansatuar mekanizmaların olumlu etkileri; kontraktilitede artma, kalp debisinde artma ve vital organlara kan akımında artmadır. Kompansatuar mekanizmaların olumsuz etkileri ise; sıvı ve tuz birikimi, taşikardi, ön ve ard yükte artma, miyokardiyal hipertrofi ve dilatasyon, miyokardiyal enerji tüketiminde artma, miyokardiyal hücre ölümünde artma, aritmiler ve ani ölüm sıklığında artma ve azalmış lusitropidir (kalbin genişleyememesi) (16,52).

2.1.3. Belirti ve Bulgular

Kalp yetersizliği semptomları temel olarak üç klinik durumla ilişkilidir.

- 1.Pulmoner konjesyona bağlı semptomlar
- 2.Sistemik venöz konjesyona bağlı semptomlar
- 3.Düşük kardiyak debiye bağlı semptomlardır (45,48).

Dispne: Dispne yetersizliğinin ana belirtisi olup giderek artan şiddette (1) efor dispnesi, (2) ortopne, (3) paroksizmal gece dispnesi, (4) istirahatte dispne, (5) akut pulmoner ödem şeklinde kendini belli eder.

Efor dispnesi kalp yetersizliğinin en erken belirtisidir. Başlangıçta şiddetli eforda daha sonra günlük eforda oluşmaya başlar. Hasta önceki yıllarda yapabildiği aktiviteleri nefes darlığı hissi oluşmadan yapamaz duruma gelir. Efor sırasında interstisiyel akciğer dokusunda sıvı artışının dispneden sorumlu olduğu kabul edilmektedir (45,53,54).

Ortopne, sırtüstü düz olarak yatağa yattıktan bir müddet sonra ortaya çıkan ve hastanın oturması ile hafifleyen nefes darlığına denilir. Ortopnenin fizyopatolojik temeli, hastanın sırt üstü yatması halinde alt ekstremitelerden ve splanknik damar yatağında kalbe dönen kan miktarının, dolayısıyla pulmoner venöz ve kapiller basınçların artmasıdır. Bu şekilde interstisiyel pulmoner ödem meydana gelir, pulmoner kompliansın azalması, hava yolu direncinin artması ve solunum yükünün artması ile ortopne ortaya çıkar. İleri kalp yetersizliğinde hasta geceyi oturarak geçirmek zorunda kalır (53,54).

Paroksizmal gece dispnesinde esas sebep, ortopnede olduğu gibi gece yatar pozisyondayken kalbe dönen kan miktarındaki artışa bağlı olarak, pulmoner venöz ve kapiller basınçların artması, interstisiyel pulmoner ödem oluşmasıdır. Böylece ani olarak boğulma hissi, anksiyete, nefes darlığı ve çarpıntı ile uyanan hastada, taşikardi ile birlikte derinin siyanotik soğuk ve terli olduğu tespit edilir (53,54). Ortopneden

farklı olarak, yattıktan 2-3 saat sonra başlar ve doğrulmak ya da kalkıp dolaşmakla yaklaşık 30 dakikada düzelir. Cheyne-Stokes solunumu ile birlikte görülebilir (45).

Akut akciğer ödemi, pulmoner venöz ve kapiller basınçlar ani olarak plazma onkotik basınç seviyesini aşar ve interstisiyel boşluklar ile birlikte alveoller içinde süratli bir sıvı transsüstasyonu meydana gelir. Başlangıçta yalnız inatçı bir öksürük ve progressif dispne bulunabilir. Daha sonra pembe, köpüklü sıvı şeklinde bir balgam ile birlikte öksürük, ileri derecede nefes darlığı, hava açlığı, anksiyete ve ölüm korkusu klinik tabloya hakim olur (53,54).

Egzersiz İntoleransı: Dispne ile birlikte egzersiz intoleransı kalp yetersizliğinin en önemli belirtisidir. Egzersiz intoleransının bir nedeni, bedensel faaliyetler sırasında pulmoner venöz basıncın artması ve oluşan pulmoner konjesyon nedeniyle gelişen dispnedir. Diğer bir nedeni düşük kalp debisi ve periferik vasküler direncinin artması sonucu solunum kasları dahil iskelet kaslarına az kan gitmesi ve periferik oksijenasyonun bozulmasıdır. Ayrıca, kalp yetersizliğinde iskelet kaslarında ki biyokimyasal ve metabolik değişiklikler de hastaların efor kapasitelerini kısıtlayıcı etki gösterirler (8,53,54).

Öksürük: Pulmoner konjesyona bağlı olarak egzersiz sırasında ya da yatakta yatarken, prodüktif olmayan bir öksürük şeklinde olabilir (53,54).

Asit: İntraperitoneal sıvı birikimi ileri kalp hastalığının bir belirtisidir. Periferik ödemle benzer nedenlerle oluşur fakat periferik ödemden daha sonra oluşur (47).

Siyanoz: Siyanoz cilt ve müköz membranların mavi renk değişikliğidir. Kalp hastalığının bir semptomu olmaktan daha ziyade bir işaretidir ve ilk olarak hasta efor harcadığında ya da soğuğa maruz kaldığında yakınları tarafından fark edilir. Siyanoz genellikle yüzeysel kapiller ve venlerdeki indirgenmiş hemoglobinin oranının artmasına bağlıdır (47,54).

Abdominal Bulgular: Nonspesifik bulgular olup kan akımının azalmasına bağlıdır. Karın ağrısı ile ilişkili olarak iştahsızlık ve kusma, dispeptik yakınmalar siktir ve karaciğer, portal sistem konjesyonuna bağlı olarak gelişir (49).

Serebral Bulgular: Ciddi kalp yetersizliği varlığında özellikle de serebral arteriosklerozlu olgularda perfüzyon azalması ve arteriyel hipoksemiye bağlı olarak konsantrasyon bozuklukları, konfüzyon, baş ağrısı, anksiyete ve uykusuzluk görülebilir (47,49).

Noktüri, Oligüri: Noktüri, kalp yetersizliğinin erken dönemlerinde ortaya çıkan bir bulgudur. Gündüz saatlerinde kan akımının yeniden dağılımına bağlı olarak böbrek, kan akımının azalması, gece ise renal vazokonstriksiyonun ortadan kalkması ile diürez başlaması sonucunda oluşur. Oligüri, kalp yetersizliğinin geç dönemine ait bir bulgu olup kalp debisi ve böbrek kan akımının ileri derecede azalması ile ilişkilidir (45,54).

2.1.4. Tanı

Temel tanı yöntemleri, rutin kan testleri (tam kan sayımı, elektrolitler, kreatinin, glukoz, karaciğer fonksiyon testleri, lipid profili ve tam idrar incelemesi), göğüs radyogramı ve ekokardiyografidir. Gerekirse egzersiz testi, miyokard perfüzyon sintigrafisi, 24-48 saatlik ambulator EKG monitorizasyonu, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve kalp kateterizasyonu yapılabilir (45,48). İlerlemiş dönemde tanı daha kolaydır, ancak bu gruptaki hastaların çoğu tedaviye refrakterdirler (39,50).

Kalp yetersizliği tanısını kolaylaştırmak ve nesnelleştirmek amacıyla çeşitli klinik kriterler oluşturulmuştur. Bunların arasında en önemlileri Boston ve Framingham kriterleridir. Boston kriterleri sık görülen semptom, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının puanlaması yöntemlerine dayanır. Framingham kriterleri ise kalp yetersizliği saptanan hastalarda en sık görülen semptom, bulgu ve laboratuvar değerlerinin sıklık sıralamasına göre major ve minör kriterlerdir (45).

A-Kalp Yetersizliği Tanısının Klinik Kriterleri:

Çizelge 2.1. Framingham Kriterleri

Major Kriterler	Minör Kriterler
Paroksizmal nokturnal dispne veya ortopne	Bilateral ayak bileği ödemi
Juguler ven dolgunluğu	Gece kuru öksürük
Akciğerde kreptan raller	Efor dispnesi
Telegrafide kardiyomegali	Hepatomegali
Akut pulmoner ödem	Plevral Sıvı
S ₃ gallop	Vital kapasitede en yüksek değer 1/3'ünden daha fazla azalma
Santral ven basıncı > 16cm H ₂ O	Taşikardi (istirahat kalp hızı < 120/dk)
Dolaşım zamanı > 25 s	
Hepatojuguler reflü	

Kesin Kalp Yetersizliği= 2 major veya 1 major + 2 minor kriterin bulunması (45).

Çizelge 2.2. Boston Kriterleri

I. Kategori: Öykü	Puan
İstirahat Dispnesi	4
Ortopne	4
Paroksizmal noktürnal dispne	3
Düz yolda yürürken dispne	2
Yokuş çıkarken dispne	1
II.Kategori: Fizik Muayene	Puan
Kalp hızı 91-110/dk	1
Kalp hızı > 100/dk	2
Juguler ven dolgunluğu > 6cmH ₂ O	2
Juguler ven dolgunluğu >6cmH ₂ O+ hepatomegali veya ödem	3
Akciğer kaidelerinde raller	1
Akciğer orta ve üst zonlarında raller	2
Wheezing	3
S ₃	3
III.Kategori: Radyografi	Puan
Alveolar ödem	4
İnterstisyel pulmoner ödem	3
Bilateral plevral sıvı	3
Kardiyotorasik oran >0,50	3
Pulmoner vasküler redistribüsyon	2

Hasta her kategoriden en fazla 4 puan alabilir.

Kesin kalp yetersizliği = 8-12 puan

Olası kalp yetersizliği = 5-7 puan

Kalp yetersizliği olasılığı çok düşük ≤ 4 puan (45,53).

B-Kalp Yetersizliğinin Klinik Sınıflaması:

New York Kalp Birliği (NYHA) Fonksiyonel Sınıflaması

Kalp yetersizliği için birkaç klinik sınıflama kullanılmaktadır. NYHA sınıflaması hekimin hastayı sorgulaması ile elde ettiği her iki taraf için de subjektif olan bir sınıflamadır (48). Kalp yetersizliği, nedeni ile fonksiyonel sınırlanmanın derecesinin belirlenmesinde en sık kullanılan yaklaşımdır. Semptomları ortaya çıkaran eforun derecesine göre hastalar I'den IV'e kadar fonksiyonel sınıflara ayrılmaktadır (52,55).

Çizelge 2.3. NYHA Fonksiyonel Sınıflama ve Tanımlaması

Sınıf	Tanımlama
I	Hastalar fiziksel aktiviteyi kısıtlamayan kardiyak hastalığa sahiptir. Günlük fiziksel aktivite yorgunluk, çarpıntı, dispne veya anjinal ağrıya yol açmaz.
II	Hastaların fizik aktivitelerini hafif kısıtlayan kalp hastalığı vardır. Günlük fizik aktivite halsizlik, çarpıntı, dispne veya anjinal ağrı ile sonuçlanır.
III	Hastaların fizik aktivitelerinde belirgin kısıtlamaya yol açan kardiyak hastalık vardır. İstirahatta rahatlırlar. Günlük fizik aktiviteden azı halsizlik, çarpıntı, dispne ve anjinal ağrıya yol açar.
IV	Hastalar, rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel aktiviteye yapamayacak durumdadır. Kardiyak yetersizlik semptomları veya anjinal sendrom semptomları istirahatatta bile olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite yapıldığında ise rahatsızlık artar (13,48,52,55).

Amerikan Kalp Birliği Kalp Yetersizliği Sınıflaması

En son 2001 yılında yayınlanan "ACC/AHA Kronik Kalp Yetersizliğinin Tanı ve Tedavisi Kılavuzunda" kalp yetersizliğinin ortaya çıkışı ve ilerlemesini vurgulayan yeni bir evreleme sistemi kullanılarak sınıflanmıştır (55). Bu sınıflandırma sistemi kalp yetersizliğini ilerleyici bir süreç olarak tanımlamaktadır. Kalp yetersizliğinin koroner arter hastalığı gibi risk faktörlerinin ve altta yatan yapısal hazırlayıcılarının, asemptomatik fazdan başlayarak her basamakta morbidite ve mortaliteyi azaltacak spesifik tedavi hedeflerinin belirlenmesini sağlamaktadır (48,56).

Çizelge 2.4. Amerikan Kalp Birliği Kalp Yetersizliği Sınıflaması

Sınıf	Tanım	Örnekler
A	Kalp yetersizliği oluşma riski olan klinik durumlar ancak henüz miyokardiyal, valvüler, perikardiyal yapısal veya fonksiyonel bozukluk, kalp yetersizliği bulgu ve belirtileri yoktur.	Sistemik hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, obezite, metabolik sendrom, ailede kardiyomiyopati hikayesi, kardiyotoksik ilaç ya da alkol kullanımı olanlar
B	Kalp yetersizliği semptom ve belirtileri bulunmayan ancak kalp yetersizliği gelişme riski yüksek olan yapısal kalp hastalığı bulunan hastalar	Geçirilmiş miyokard infarktüsü, sol ventrikül hipertrofisi ve düşük ejeksiyon fraksiyonu bulgularını içeren sol ventrikül remodeling asemptomatik valvüler hastalıkları olanlar
C	Altta yatan yapısal kalp hastalığına bağlı kalp yetersizliği gelişen ve buna bağlı geçmişte ya da şuan da kalp yetersizliği semptomları bulunan hastalar	Yapısal kalp hastalığı bilinen ve nefes darlığı, yorgunluk, azalmış egzersiz toleransı gibi kalp yetersizliği semptomları olan hastalar
D	Medikal tedaviye yanıt vermeyen, tedavi için ileri girişimler gerektiren refrakter kalp yetersizliği hastaları	Maksimal medikal tedaviye rağmen istirahatta ileri semptomları olan hastalar (48,56).

2.1.5. Tedavi

Kalp yetersizliğinin tedavisinde amaç hastanın şikayetlerini gidermek, yaşam kalitesini düzeltmek ve ömrünü uzatmaktır. Kalp yetersizliği tedavisinin kısa dönemdeki amaçları semptomları kontrol altına alıp, hayat kalitesini yükseltmektir. Uzun dönemde ise kalp yetersizliği sendromunun karakteristik özelliği olan progresif sol ventrikül disfonksiyonunu yavaşlatarak, durdurarak veya geriye döndürerek yaşam süresini uzatmaktadır (52,57). Bu bilgilerin ışığı altında ve hastaya yaklaşımı kolaylaştırmak amacı ile kalp yetersizliği tedavisi nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi olmak üzere iki bölümde ele alınır (53).

Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedavinin amacı; kendi kendine bakım yönetimi ile fiziksel stabiliteyi sürdürmek, daha kötü durumlara neden olabilen davranışlardan kaçınmak ve hastalığın progresyonu durumunda erken semptomların farkına varmaktır. Bu amaçla, hastalara kalp yetersizliğinin tanımı ve etiyolojisi, semptom ve bulgular, farmakolojik tedavi, risk faktörlerinin modifikasyonu, diyet ve egzersiz önerileri, seksüel aktivite, immünizasyon, tedaviye uyum, psikososyal semptomlar ve prognoz konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Tedaviye iyi uyum mortalite ve morbidite de azalma sağlamaktadır. Yapılan araştırmalarda hastaların %20-60'nın tedaviye uyumu gösterilmiştir. Hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için ise aile bireyleri ile birlikte, tedavi dozları ve yan etkilerine yönelik eğitim verilmelidir. Tedavide beklenen faydanın gecikebileceği söylenmeli ve gelişebilecek semptomlar anlatılmalıdır (3,39,58).

Tuz Alımının Kısıtlanması: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda nörohümorale mekanizmaların aşırı aktivasyonu nedeni ile vücutta aşırı tuz ve su tutulmaktadır. Diyetdeki tuz miktarının azaltılması, diüretik tedavisini takviye etmekte ve verilen diüretik dozunun azaltılmasını sağlayabilmektedir. Günlük normal beslenme sırasında alınan besinler içerisindeki toplam tuz miktarı yaklaşık 5–6 gramdır. Ancak çok ağır, sınıf IV ve diüretiklerde tedaviye iyi cevap alınamayan vakalarda yemeklerin tamamen tuzsuz hazırlanması, tuz içeriği bilinen besinlerden tamamen sakınılması ve sofrada hiç bir şekilde tuz kullanılmaması koşulu ile günlük alınan sodyum miktarı 1.2–1.8 grama, hatta bunun da altına indirilebilir (8,13,43,53,59).

Sıvı Alımının Kısıtlanması: Kalp yetersizliği olan hastalarda sıvı alımı serbest bırakılır. Ancak, diüretiklere iyi cevap vermeyen, ağır dilüsyon hiponatremisi ($\text{Na}^+ < 130 \text{ mEq/L}$) ile birlikte olan vakalarda serbest su klirensi bozulduğu için, serum Na^+ konsantrasyonunu 130 mEq/L'nin üzerine çıkarabilmek amacıyla sıvı kısıtlanmalıdır. Bu kısıtlanma, genellikle günde 1.5-2 L sıvı alınması şeklinde uygulanmaktadır (8,13,43,53,59).

Beslenme ve Vücut Ağırlığı: İştahsızlığa bağlı olarak az besin alımı, sık olarak malabsorbsiyonun görülmesi ve günlük besin ihtiyacının artması nedenleriyle malnütrisyon riskini arttıran bir hastalıktır. Kardiak kaşeksi, kalp yetersizliği olan hastalarda mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür. Bu bakımdan, kardiak kaşeksi oluşmasını önlemek için, hastaya az ve sık yemek yemesi ve yüksek enerjili diyet tavsiye edilmelidir. Ayrıca, diyete vitaminler ve antioksidanlar da eklenebilir. Kalp yetersizliği bulunan hastalar haftada en az iki defa tartılmalıdır. 3 günde 1.5 kg olan kilo artışını veya ayak bileği ödemleri ve karın şişliği gibi sıvı yüklenmesi işaretlerini rapor etmeleri tavsiye edilmelidir (8,13,43,53,59).

Sigara: Sigara, kalp atım sayısını, sistematik kan basıncını, pulmoner arter basıncını, total sistemik ve pulmoner vasküler direnci, ventriküler doluş basıncını, karboksihemoglobin düzeyini artırır. Kalp atım hacmini ve kalp debisini azaltır. Bu nedenle, kalp yetersizliği bulunan hastalarda sigara içilmesi mutlaka önlenmelidir.

Alkol: Alkol bir miyokard depresanıdır. Aşırı alkol tüketimi aritmilere, özellikle atrial fibrillasyona zemin hazırlar, kan basıncını yükseltebilir, sıvı dengesini bozabilir. Alkolik kardiomyopali hastalarda alkol mutlaka yasaklanmalıdır (43,53,59).

İstirahat: Stabil kalp yetersizliği hastalarında istirahat önerilmemelidir. Hastalar, rutin işlerine devam etmeli, fiziksel aktivite miktarı hastalığın şiddetine göre ayarlanmalıdır. Uzun süren yatak istirahati dönemlerinin, alt ekstremite kaslarında atrofiye, egzersiz toleransında azalmaya, tromboembolik olaylara, dekübitus ülserlerine, sol ventrikül fonksiyonunda ve fonksiyonel kapasitede kötüleşmeye neden olduğu bilinmektedir. Ancak, akut kalp yetersizliği bulunan hastanın dekompanse olması halinde yatak istirahati gerekebilir (43,53,59).

Egzersiz: Klinik olarak stabil sınıf II ve sınıf III kalp yetersizliği hastalarında, semptom oluşumuna neden olmayacak düzeyde fiziksel aktivite ve hafif sporlar (yürüme, bisiklete binme, golf ve yüzme) yararlı olmaktadır. Bu egzersizler,

bir program dahilinde, düzenli olarak uygulanmalıdır. Başlangıçta, günlük egzersizler kısa süreli birkaç seans şeklinde yapılmalıdır. Egzersiz seanslarının süresi ve sıklığına, hastanın semptomları ve klinik durumuna göre karar verilmelidir (43,52,53,59).

Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliği tedavisinin amacı mortalite ve morbiditede azalma sağlamaktır. Kalp yetersizliğinin semptomatik tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar diüretikler, vazodilatörler ve digoksindir (3,39,52,58).

2.2. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Kronik bir hastalık olan kalp yetersizliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve hastaların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi için hastalığa psikososyal uyumun artırılması sürecinde hemşirelerin önemli bir yeri vardır (35).

Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımın amaçları; kardiyopulmoner fonksiyonları optimize etmek, istirahati sağlamak, farmakolojik tedavinin etkilerini değerlendirmek, uygun beslenmeyi sağlamak, deri bütünlüğünü sürdürmek, kalp yetersizliği hakkında hasta ve ailesinin eğitimini gerçekleştirmektir (10,60,61,62).

Kalp yetersizliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı, bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalıdır (37). Bireyin kendi bakımına direk katılımını sağlamalı, yaşam kalitesini yükseltecek, hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulamalı, bireyleri düzenli olarak takip etmelidir (1).

Hemşirelik bakımı hemşirelik süreci doğrultusunda verilmelidir. Hemşirelik süreci; hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur, sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir. Kalp yetersizliği olan hastada tıbbi hikayeleri, fiziksel muayene, hemodinamik izlem ve tanı koyucu testleri içeren verilerin analizi yorum yapılarak temelde çoğu ortak olan hemşirelik tanıları konur ve bakım planlanarak uygulanır, değerlendirilir (10,63). Kalp yetersizliği bakımında planlanmış programlar hastaya geliştirilmiş hayat kalitesi, geliştirilmiş eğitim, bireyselleştirilmiş bakım ve doğru ilaç verilmesi açısından önemli faydalar sağlamaktadır (61).

2.2.1. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda ve Bakımverenlerde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, ilk kez Thorndike (1939) tarafından sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi şeklinde tanımlanmıştır. Andrew ve Wither, yaşam kalitesi kavramını bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamıştır. Murrel, Zautra, Norris ve arkadaşları ise yaşam kalitesini mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlamışlardır (64).

Yaşam kalitesi kavramı 1970-80 yıllarda tıp alanında ilgi görürken, 1980-90 yıllarında da hemşirelik alanında kullanılmaya başlanmıştır. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine

dayanmaktadır (18). Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır (19,65). Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel yetersizliği, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (19).

Yaşam kalitesini ilgilendiren durumlar dört temel grup altında değerlendirilebilmektedir:

Psikolojik esenlik: Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, anksiyete, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir.

Fiziksel esenlik: Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, uyku, cinsel aktivite, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir.

Sosyal ve bireysel esenlik: Bireyin ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir.

Parasal/maddi esenlik: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, işi güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir (19,49,64).

DSÖ'nün sağlığı yeni bakış açısıyla, sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin olması şeklinde tanımlamasının ardından yaşam kalitesi konusunun önemi artmıştır (15,18,66). DSÖ tarafından yaşam kalitesi, kişinin kendi durumunu kültürü ve değerleri sitemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır (18). Yaşam kalitesi tanımında 6 alan bulunmaktadır.

Çizelge 2.5. DSÖ'ye Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirildiği Alanların Kapsadığı Maddeler

Fiziksel sağlık	<ul style="list-style-type: none">-Ağrı, rahatsızlık-Enerji halsizlik, yorgunluk-Uyku dinlenme
Psikolojik durum	<ul style="list-style-type: none">-Pozitif düşünceler-Düşünme, öğrenme hafıza, konsantrasyon-Beden imajı ve dış görünüş-Negatif düşünceler
Bağımsızlık düzeyi	<ul style="list-style-type: none">-Günlük yaşam aktiviteleri-İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu-Çalışma kapasitesi-Hareket edebilme
Sosyal ilişkiler	<ul style="list-style-type: none">-Kişisel ilişkiler-Sosyal destek-Seksüel aktivite
Çevresel özellikler	<ul style="list-style-type: none">-Fiziksel güvenlik-Finansal kaynaklar-Sağlık ve sosyal bakımı ulaşabilme ve kalite-Yeni bilgi ve becerilere ulaşma fırsatı-Fiziksel çevre
Maneviyat ile ilgili özellikler	<ul style="list-style-type: none">-Ruhsal/dinsel/kişisel inançlar (64).

Yaşam kalitesi, kalp yetersizliğini değerlendirmede yararlı bir çıktıdır (15). Yaşam kalitesi subjektif ve çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal refah ile günlük yaşam faaliyetlerinin yerine getirilmesi unsurlarını birbiriyle ilişkilendirir. Kalp yetersizliğinde semptomlar, fonksiyonel durum, anksiyete ve sağlık durum algılaması gibi subjektif değişkenler yaşam kalitesi ile ilişkilidir (67,68). Klinik uygulamalarda yaşam kalitesi araçlarının kullanılması önemli problemlerin tespit edilmesi ve sağlık personelinin hastanın esas şikayetlerine odaklanmasına yardımcı olması nedeniyle değerlendirilmeye alınmaktadır (69).

Yapılan bir araştırmada hastaların yaşam kalitesi tanımlamalarının 3 bileşeni olduğu ortaya çıkmıştır. Bunlar; fiziksel ve sosyal aktivitelerini yerine getirme becerisine sahip olma, günlük yaşamda mutlu hissetme ve aile üyeleri ile ve diğer önemli kişilerle tatmin edici ilişkilere sahip olmadır (70). Kronik hastalığı olan kişi, tedavi ve tedavi ekibine bağımlı olma, aile içinde değişen roller, çalışma yaşamında zorlanma ve sosyal ilişkilerin sınırlanması, yaşanan iç çatışmalar, gelecek korkusu, baş etme yeteneğinin zorlanması ve hastalık nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik

yapma zorunluluğu gibi pek çok sorun yaşamaktadır. Dolayısıyla bütün bunlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (71).

Kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli faktörler arasında; hastalığın şiddeti, deneyimlenen semptomların çeşitliliği ve yoğunluğu, düşük sosyal destek, özbakım yetersizliği ve negatif sağlık davranışları, finansal sıkıntılar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadığı güçlükler, ekonomik, cinsel ve psikososyal sorunları, özellikle iş yaşamında, aile, arkadaş ilişkilerinde ki sorunlar yer almaktadır. Bunun yanı sıra kalp yetersizliği hastalarında yüksek oranda deneyimlenen anksiyete ve depresyonun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (5,70).

Kalp yetersizliği, fiziksel aktiviteyi engelleyen bir rahatsızlık olup sosyal etkileşimlerin engellendiği, sık sık hastaneye yatışların yaşandığı, hastaların ekonomik ve duygusal olarak olumsuz etkilendiği, özellikle ileri dönemlerde semptomların ve ölümlerle karşılaşma olasılıklarının artması nedeniyle bakım gereksinimlerinin çoğu kez başkaları yardımı ile gerçekleştirilebildiği, bu nedenle de yaşam kalitesinin son derece azaldığı bir hastalıktır. Bu yüzden, kalp yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan yaşam stili değişiklikleriyle mücadele etmek hem hastalar için hem de bakımverenler için gündün güne uğraş gerektirmektedir. Kalp yetersizliği tanısı alan hastaların bakımverenleri, hastaları öz bakım konusunda cesaretlendirirler, tedavi planına uyup uymadıklarını gözlemler, hastaları tıbbi randevularına götürürler, kalp yetersizliğinin erken işaretlerini fark ederler, hastaların işlevsel düşüşlerinin telafi için yeni roller üstlenirler ve düşük sodyum alımı için hastalara yardım ederler. Kalp yetersizliği tanısı alan hastaların bakımverenleri hem hastalığın yönetimde hem de yaşam kalitesi konularında oldukça önemli bir faktördür (5,16,72,73,74).

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel ve psikolojik bozukluk derecesi arttıkça aile üyelerine bağımlılıkları artar. Aile içinden biri / birileri hasta ile ilgili bütün sorunlarla ilgilenmek ve hastaya fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden destek sağlamak durumunda kalabilir (25). Yapılan birkaç çalışmada kalp yetersizliği olan hastaların bakımverenlerinin, kendi hayatlarını hastaların ihtiyaçları karşılamaya adanmışları için sosyal olarak soyutlanmış, hissettikleri, fiziksel olarak yorgun oldukları, kendine verilen rolün stresine kendilerini hazır hissetmedikleri, uyku yoksunluğu yaşadıkları ve hastaların şimdiki durumu ve gelecekteki ihtiyaçları konusunda endişe duydukları ve hasta bakımının getirdiği finansal yük konusunda endişelendikleri rapor edilmiştir. Çoğu, bakım sağlayabilmek için hayatlarından, işlerinden vazgeçmişlerdir. Bu da bakımverenlerin, bakım yükünün ve depresyonunun arttığı, yaşam kalitesinin düştüğünün göstergesidir (5). Böylece yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir, ruhsal sorunlar, baş etme güçlükleri ortaya çıkabilir. Ayrıca bu durum bakım verme rolünün uygun şekilde yürütülmesini önleyebilir (27).

Kalp yetersizliği çalışmalarının başında sadece hastalar üzerine odaklanılmışken, sonrasında kronik hastalıkların, bakımverenlere etkisi de önemsenmeye başlanmıştır. Hem hastaların hem bakımverenlerin yaşam kalitesini değerlendirmek ve her ikisinin ilişkili olduğu faktörleri belirlemek oldukça

önemlidir. Özellikle ileri aşamalarda hastalar, tamamen bağımlı ve sürekli yardımla yaşamlarını sürdürebilir hale gelebilirler. Bu nedenle bakım verme geçici olmayan, bakımveren bireyi tüm hayatı boyunca etkileyecek ve yaşamının gidişini değiştirecek bir süreçtir (23,26). Kalp yetersizliğinin başarılı bir şekilde yönetimi, hastaların ve ailelerinin büyük ölçüde yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir. Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu nedenle hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelten farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (70).

Yaşam kalitesi kavramı hasta bakım esaslarını kapsamak üzere geliştirilmiştir. Hasta bakımının amacı hastanın farklı sağlık ve/veya hastalık seviyeleri ile ilgili olarak iyi bir yaşam sürmesidir. Kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesi araştırmasının esas amaçları: a) Yaşam kalitesinin tanımlanması ve değerlendirilmesi; b) Yaşam kalitesinin öngörü ve ilişkilerinin incelenmesi ve c) Yaşam kalitesi ile ilgili hasta bakımı müdahalelerinin etkilerinin değerlendirilmesidir (15).

Kalp yetersizliği hastalarının bakım yönetiminde genellikle hastanın fizyolojik iyileşmesi üzerine odaklanılmaktadır. Oysaki kalp yetersizliği gibi tüm kronik hastalıkların bakım yönetiminde bakım verme rolünü üstlenen hasta ailesinin de küçümsememesi gereklidir. Dolayısıyla hemşirelerin hastayla olduğu kadar bakımveren hasta ailesi ile de sevecen bir ilişki kurarak bakımı sürdürmeleri ve gereksinimleri doğrultusunda aile üyesine/bakımverene yönelik süreci başlatmaları ve sürdürmeleri gerekmektedir (23). Kalp yetersizliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalıdır ve bireyin kendi bakımına direk katılımı sağlanmalıdır. Yaşam kalitesini yükseltecek, hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulanmalı, bireyler düzenli olarak takip edilmelidir (1).

Yeni sağlık hizmeti felsefelerine göre hemşireler hastaların yaşam kalitelerini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitelerini değerlendirilmelidirler. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire, yaşam kaliteleri ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı, hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesinin geliştirici modeller kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir (24,75,76).

Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda yaşam kalitesinin arttırılması; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesini, davranış değişikliği başlatılmasını, hastaların değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini, hastaların hastalığa uyum sağlamasını ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasını, planlanan bakıma aktif olarak katılımını ve işbirliğini gerektirmektedir. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (60).

2.2.2. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda ve Bakımverenlerde Anksiyete-Depresyon

Kronik hastalıklar bireylerde sosyal, ruhsal, fiziksel sorunların nedeni olabilmektedir. Kronik hastalığın yarattığı fiziksel semptomlar, emosyonel problemler ve sosyal izolasyon bireylerde depresif duygulanıma ve anksiyete yol açmaktadır (71). Kalp yetersizliği hastalarının sosyal ve psikolojik sorunlar yaşadıkları, emosyonel fiziksel, işlevlerin önemli düzeyde olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (28).

Depresyon ve anksiyete, kalp yetersizliği olan hastalar ve bakımverenleri için yaygın bir psikolojik sorundur. Kalp yetersizliği hastalarındaki depresyon belirtileri, diğer kronik hastalıklar ya da sağlıklı bireyler arasında olduğundan daha fazla rastlanan bir durumdur. Kalp yetersizliğiyle ilgili 27 çalışmanın meta-analizi, kronik kalp yetersizliği hastalarında depresyon belirtilerinin tekrarlanma sıklığının %9'dan %60'a kadar çıktığını ve toplamda %20.3 sıklığında olduğunu ortaya koymuştur. Kalp yetersizliği hastalarındaki anksiyete hakkında çok az şey bilinmesine rağmen, %18-%45 arasındaki oranlarda anksiyete belirtilmiştir (12,29). Diğer kalp rahatsızlığı olan hastalarla, kanserli hastalarla ve akciğer hastalarıyla karşılaştırıldığında, kalp yetersizliği olan hastalar aynı derecede ya da daha kötü anksiyete düzeyine sahiplerdir (12).

Benzer duygusal sıkıntıyı kalp yetersizliği hastalarının bakımverenleri de yaşamaktadır. Kalp yetersizliğinin son safhasında olan hastalarının bakımverenlerinin %45'i depresyon belirtileri, %50'si ise anksiyete belirtileri göstermektedir (29).

Depresyon, kişinin günlük işlerini yapmasını engelleyen birçok faktörün birleşiminden oluşan ruh halinin bozukluğudur (12). Depresyonun psikolojik, davranışsal, zihinsel belirtileri bulunmaktadır (77). Depresyonun belirtileri arasında; bunalımlı ruh hali, mutsuzluk, hüzün, keder, ağlama, zevk almama, ilgisizlik ve isteksizlik, değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama, başarısızlık ve çaresizlik düşünceleri, tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri, dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, bütün yada çoğu aktiviteye karşı ilginin azalması, uyku sorunları, uykuya dalamama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma, iştah sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, aşırı yeme, güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybıdır (28). Ciddi bir depresyonu teşhis edebilmek için bu belirtilerden 5 ya da daha fazlasının 2 haftalık zaman zarfında görülmesi gerekir (12).

Depresyon da yaşam kalitesi düşmekte, aile ve çevre ile olan ilişkiler bozulmakta, iş verimi düşmekte ve intihar eğilimi artmaktadır. Bu yönleriyle depresyon dünyaca kabul edilen en yaygın psikolojik durum ve toplumsal bir sorundur (12,30). Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (28). Anksiyete kişinin bir tehdit hissettiğinde ortaya çıkan olumsuz bir ruh durumudur (12). Anksiyete bunaltı, iç sıkıntısı, kaygı ve endişe ile eş anlamlı ve korkuya benzer

bir duygudur. Anksiyeteye birlikte kızgınlık, uyku, iştah ve konsantrasyon bozukluğu, günlük aktiviteleri başaramama ve gelecek korkusu gelişebilir (75).

Anksiyete yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece belirsizlik durumu anksiyeteyi, anksiyete düzeyinin yüksek olması da belirsizliği arttırabilir. Anksiyete yaşayan birey hastalığını olduğundan daha olumsuz algılayarak hastalığa ilişkin bilgileri öğrenmede zorluk yaşayabilir. Bu nedenle anksiyete düzeyinin yüksek olması hastalıkla başetmede bireyi olumsuz etkiler (21,77).

Kalp yetersizliği olan hastaların, önemli duygusal sıkıntılar hissetmesinin birçok nedeni vardır. Bu durumlar; sağlık durumundaki olumsuz değişimler, zorunlu emeklilik, fonksiyonel statü düşüklüğü, finansal durgunluk (21,32), günlük yaşam faaliyetlerini sınırlı bir şekilde uygulama, aile içi sorumlulukları eskiden olduğu şekilde yerine getirememe, cinsel aktivitede azalma, fiziksel ve sosyal sınırlamalardır. Bu nedenle birçok kalp yetersizliği hastası, hayatlarındaki kontrolü kaybettikleri, anksiyete ve depresyon şeklinde psikolojik çöküntü içine girdiklerini belirtmektedir. Diğer yandan kalp yetersizliği hastalarının fiziksel kısıtlamaları, psikolojik problemler depresyon riskini arttırmaktadır (15).

Kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal alanlarındaki azalma, yaşamın kontrol altında tutulması ve kendi kendine yetme gibi duygularda kayba neden olabilmekte ve kalp yetersizliği hastalarında yaşanan depresyon ve anksiyeteyi açıklamaktadır (15). Kalp yetersizliği olan hastalarda depresyonun ölüm ve morbidite için bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Hastanın aile içindeki rolünün değişime uğraması ve sosyal ilişkilerde yaşanan kayıplar ortak sorunlardır ancak başkalarına bağımlı olmak hasta için en büyük stres kaynağını oluşturmaktadır (22,78,79).

Yüzyıllardır hasta veya bağımlı bireylerin evdeki bakımın aile üyeleri tarafından karşılanması, doğal bir bakım şekli olarak kabul edilmiştir. Ancak bakım sorumluluğunun ailelere getirdiği çok yönlü sıkıntılar ve ailelerin yardım gereksinimi toplumların bildiği ve onayladığı bir gerçek olarak kalmıştır. Bakımverenler kendi sağlıkları ve yaşamları açısından bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan güçlükler ve sorunlar yaşamaktadır (23,74,80,81).

Kalp yetersizliği ile ilişkili yaşam tarzı değişimleri ile başa çıkmak hastalar ve onların bakımverenleri için her gün süren bir mücadeledir. Kalp yetersizliği olan hastaların bakımverenleri hem hastanın hastalık yönetiminde hem de yaşam kalitesinde hayati bir faktördür. Ne var ki, bir kaç çalışmada kalp yetersizliği olan hastalara bakımverenlerde, hayatlarını hastanın gereksinimlerini karşılamaya ayırdıkları için sosyal olarak izole edilmiş olma duygusu yaşama, bakım sağlamada fiziksel olarak bitkinlik, rolün stresi için hazırlıksız hissetme, uykusuz kalma, hastanın mevcut durumu, ilerideki gereksinimleri ve kalp yetersizliği bakımının mali etkisi ile ilgili anksiyeteli oldukları görülmüştür (5). Hastalık süresince, bakımverenler hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıklarını ve bunların sonucunda immün sistemlerinin bozulması ile fiziksel hastalık riskleri olduğunu belirtmektedir (80).

Bakımverenlerin depresif semptomları kapsamına, bakım gerçekleştirmekten doğan ruh durumundaki bozukluk girmekte ve bu semptomlar kendilerini yalnızlık duygusu, izolasyon, korkma ve kolayca rahatsız olabilme şeklinde göstermektedir. Buna ek olarak, bakımverenlerin depresif belirtileri iştahsızlık, yorgunluk ve uykusuzluktur (6,81). Bakımverenler kendi fiziksel ve emosyonel gereksinimlerini ihmal edebilmekte ve tükenmişlik yaşayabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan bir bakımveren; irritabilite, depresyon, baş ağrısı, bitkinlik, diğer fiziksel semptomlar, yeme şeklinde değişiklik, madde kullanımı deneyimleyebilmekte hatta bağımlı aile üyesini istismar edebilmektedir (23,26,80).

Kalp yetersizliği olan hastalara daha iyi bir tedavi sağlayabilmek için depresyon teşhis ve tedavi edilmelidir. Hastalar depresyondan çok anksiyete belirtileri göstermeye eğilimlidir. Çok sıkı ilişki içinde olan bu durumlar bakımverenler tarafından göz önünde bulundurulmalı ve hastalar anksiyete durumu gösterdiklerinde ya da bildirdiklerinde depresyon için dikkatlice gözlemlenmelidir (78). Hastalar ve aileleri depresyonu teşhisini ya da altında yatan psikolojik mekanizmalar ile depresyon ve kalp yetersizliği arasındaki ilişkinin nasıl olduğunu anlayamayabilirler. Bu yüzden hastalar ve aileleri için kalp yetersizliği hastalarında depresyonun nedenlerinin en basit şekliyle ne olduğu ve de belirtilerinin fizyolojik değişimlere bağlı olduğu hususunun anlaşılması önemlidir. Hastalara ve ailelerine depresyonun tedavisi ile ilgili seçenekler konusunda eğitim verilmeli ve bu durumun yan etkileri, tedaviden elde edilecek yarar, depresyonun efektif olarak ortadan kaldırılması amacıyla kullanılması muhtemel tedavi dizileri konusunda bilgilendirilmelidir (34,82).

Kalp yetersizliği hastalarına bakımveren hemşireler depresyonu, fizyolojik açıdan, kalp yetersizliği semptomlarına olan katkıları ve kalp yetersizliği hastalarının tedaviye olan bağlılıklarındaki zayıflıklar açısından daha rahat anlayabilir. Bu bilgi hemşirelerin kalp yetersizliği hastalarında hastaneye yatırılma nedenlerine etki eden depresyonu, bulmaya çalışmanın ne kadar önemli olduğunu anlamasına yardımcı olacak, depresyon tedavisinin kalp yetersizliği semptomları ve işaretlerinin kontrolü için önemli olabileceğinin anlaşılmasını sağlayacaktır (31,34).

Kalp yetersizliği hastalarında depresyon ve anksiyete yaygındır ve adaptasyonu arttırmak ve hastaların sonraki kalp yetersizliği şiddetlenmesi veya diğer kalp ile ilgili olayları azaltmak için depresyon ve anksiyete düzenli olarak ölçülmelidir. Anksiyete yönetimi özellikle depresyon ve anksiyete için geliştirilmiş kısa dönemli yaklaşımlar hastaların başlangıç aşamasında anksiyete ve depresyonun bilişsel ve fiziki belirtilerini farketmelerine yardımcı olabilir. Kalp yetersizliği hastalarına belirtileri azaltmalarına yada tamamen yok etmelerine yardımcı olabilecek tepkiler geliştirilmeleri konusunda eğitim verebilir. Rahatlama ve olumsuz düşünceleri yeniden düzenleme gibi bilişsel başetme becerilerinin öğretilmesi, kalp yetersizliği uyumu gösteren hastalara yardımcı olabilir (12,31,83).

Kronik bir hastalık olan kalp yetersizliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve hastaların yaşam kalitesinin

geliştirilmesi için hastalığa psikososyal uyumun artırılması sürecinde hemşirelik bakımının çok önemli bir yeri vardır. Bu kapsamda hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri dikkate alınarak psikososyal uyumun değerlendirilmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarını arttıracak yaklaşımların planlanması önem kazanmaktadır. Fonksiyonel durumları ciddi ve eğitim düzeyi düşük olan kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının ve bu tür sorunları ile baş edebilme yeteneklerinin geliştirilmesi için fiziksel, eğitsel, sosyal destek verilmelidir (21,34).

2.3. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Tanıları

a.	Kardiyak out-put'un yetersizliğiyle periferal doku perfüzyonunun azalmasına bağlı Aktivite İntoleransı
b.	Yetersiz doku perfüzyonu ve hareketsizlik nedeniyle dokulardaki basınç ve sürtünmenin artmasına bağlı Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski
c.	Anksiyete- depresyon, korku ve dispneye bağlı Uyku Örüntüsünde Bozulma
d.	Kardiyak output'un azalması ve dolaşım zamanının uzaması nedeniyle dokulara giden O ₂ miktarının azalması, dokulardaki metabolik artıkların artmasına bağlı Yorgunluk
e.	Kardiyak output'un düşmesiyle renal kan akımının ve glomeruler filtrasyonun azalması, Aldosteron salgısının artması ve Anti diüretik hormon (ADH) salgısının artmasına bağlı Sıvı-Volüm Fazlalığı
f.	Ölüm korkusu ve dispneye bağlı Anksiyete-Korku
g.	Kan akımının değişmesine ve alveoller kapiller membranındaki değişikliklere bağlı Gaz değişimde Bozulma
h.	Sol ventrikülün kontraktilesinin bozulmasına ve miyokart kasılma gücünün azalmasına bağlı Kardiyak Out-Put'un Azalması
i.	Hastalık tanısına bağlı Ölüm Korkusu
j.	Ümitsizlik
k.	Tedavi rejimi ve hastalığın kontrol sürecine bağlı Bilgi Eksikliği
l.	Yaşam tarzı değişikliğine bağlı Rol Performansında Değişiklik (84,85,86).

TANI: Aktivite İntoleransı

I. Etiyolojik Faktörler:

- Kardiyak out-put'un yetersizliğiyle periferal doku perfüzyonunun azalması
- Yetersiz beslenme
- Aşırı stres
- Ağrı
- Uykusuzluk

II. Amaç: Bireyin aktivite toleransını arttırmak

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyi aktivite intoleransı belirti ve bulguları yönünden değerlendiriniz.
- Aktiviteden hemen sonra yaşam bulgularını kontrol ediniz.
- Bireyde aktiviteye karşı aşağıdaki belirti ve bulgulardan herhangi biri mevcutsa aktiviteye devam etmeyiniz.
 - Göğüs ağrısı, dispne, vertigo
 - Nabız hızında azalma
 - Solunum hızında azalma
 - Sistolik kan basıncında azalma
- Bireyin günlük programına göre dinlenme periyotları planlayınız.
- Daha yavaş, daha kısa süreli aktiviteler yaparak, daha fazla ara vererek ya da daha fazla yardım ederek bireyin aktivite toleransını arttırınız.
- Aktiviteyi arttırmayı cesaretlendirecek olumlu bir tutum geliştiriniz. “Yapabilirsiniz” şeklinde ifadeler kullanabilirsiniz.
- Bireyin enerjisini koruyarak aktivitesini planlayınız.
- Ziyaretçi sayısını ve kalış süresini sınırlandırınız.
- Hemşirelik bakımını aralıklı dinlenme periyotlarına izin verecek şekilde düzenleyiniz.

TANI: Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski

I. Etiyolojik Faktörler:

- Yetersiz doku perfüzyonunun olması
- Hareketsizliğe bağlı olarak dokulardaki basınç ve sürtünmenin artması
- Ödem
- Yetersiz beslenme

II. Amaç: Bireyin doku bütünlüğünü sürdürmek

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Kızarıklık ve yara yönüyle cildi gözleyiniz.
- Deriyi temiz ve kuru tutunuz.
- Basınç bölgelerinin basınç ülseri açısından değerlendiriniz.
- Düzenli olarak en az iki saatte bir pozisyon değiştiriniz.
- Basınç bölgelerine masaj yapınız.
- Ödemi değerlendiriniz.
- Bireyin beslenme durumunu düzenleyiniz.

TANI: Uyku Örüntüsünde Bozulma

I. Etiyolojik Faktörler:

- Anksiyete veya depresyon
- Korku
- Dispne

- Ortopne
- Çevre değişikliği

II. Amaç: Bireyin yeterli sürede uykusunu almasını sağlamak

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Ortamın sessiz olmasını sağlayınız.
- Birey ile birlikte, gündüzleri için bir aktivite programı oluşturunuz.
- Bireyde solunum ilgili sıkıntı varsa, bireyi rahatlama girişimlerinde bulununuz (Uygun pozisyon, destekleyici O₂ tedavisi).
- Bireyin korku ve anksiyetesini azaltınız.
- Kafeinli içeceklerin alımını kısıtlayınız
- Gündüz uykuları fazla ise, süre ve miktarını sınırlayınız.

TANI: Yorgunluk

I. Etiyolojik Faktörler:

- Kardiyak output'un azalması ve dolaşım zamanının uzaması nedeniyle dokulara giden O₂ miktarının azalması, dokulardaki metabolik artıkların artması
- Anksiyete – depresyon

II. Amaç: Birey kendini daha iyi hissetmesini sağlamak

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin yorgunluk hallerini açıklayınız.
- Bireyin yaşamına yorgunluğun etkilerini ifade edilmesine izin veriniz.
- Bireyin güçlü yönlerini yeteneklerini tanımasına yardım ediniz.
- Günlük ve haftalık aktiviteler için önceliklerini belirleyiniz.
- Önemli görevleri enerjisinin en yüksek olduğu dönemlerde yapması için plan yapınız.
- Enerji koruma teknikleri öğretiniz.
- Stresin enerji düzeyine etkilerini açıklayınız.
- Etkili baş etme becerilerini öğretiniz.

TANI: Sıvı-Volüm Fazlalığı

I. Etiyolojik Faktörler:

- Kardiyak output'un düşmesiyle renal kan akımında ve glomeruler filtrasyonda azalma olması
- Aldosteron salgısının artması
- Anti diüretik hormon (ADH) salgısının artması nedeniyle sodyum ve su tutulumunun olması

II. Amaç: Bireyin sıvı elektrolit dengesini sürdürmek

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Günlük kilo takibi yapınız.
- Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapınız, kaydediniz.
- Sıvı-volüm fazlalığı belirti ve bulguları değerlendiriniz.
- Hekim istemi ile sodyum ve sıvıdan kısıtlı diyet uygulayınız.
- Hekim istemi ile elektrolit kontrolü için kan alınız.
- Asit varsa günlük karın çevresini ölçünüz, kaydediniz.
- Ödemi kontrol ediniz.
- Hekim istemine göre diüretikler veriniz.

TANI: Anksiyete- Korku

I. Etiyolojik Faktörler:

- Ölüm korkusu
- Tanı testleri
- Tanı testleri ve tedavilerinin anlaşılması
- Yetersizlik
- Hospitalizasyon
- Dispne

II. Amaç: Bireyin psikolojik yönden rahatlamasını sağlamak

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin anksiyete düzeyini değerlendiriniz.
- Sessiz ve rahat bir ortam sağlayınız.
- Anksiyetenin belirti ve bulgularını değerlendiriniz.
- Bireyle kısa, basit cümleler kullanarak sakin ve yavaş konuşunuz.
- Bireyin anksiyetesini tanımlamasına yardımcı olunuz.
- Anksiyeteyi azaltma teknikleri öğretiniz.
 - Solunum kontrolü
 - Yavaş düşünme
 - Bakış açısını değiştirme
 - Kendine emirler verme
- Hekim istemi ile sedasyon sağlayan ilaçlar uygulayınız.
- Mümkün olduğunca hasta ailesinin bakımına katılımını sağlayınız.
- Yapılan tedaviler ve uygulamalar konularında bireye bilgi veriniz.
- Aile ve çevresinden hastanın inançlar fiziksel ve emosyonel durumuna yönelik olarak destek alınız.
- Bireyin duygularını açıklaması için cesaretlendiriniz.

TANI: Gaz Değişimde Bozulma

I. Etiyolojik Faktörler:

- Kan akımının değişmesi

- Alveoller kapiller membranındaki değişiklikler

II. Amaç: Yeterli oksijenasyonu sağlamak ve sürdürmek

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Solunum derinliğini, ritmini ve hızını değerlendiriniz.
- Anormal akciğer seslerini değerlendiriniz.
- Isı, solukluk ve siyanoz yönünden cilt, tırnak ve müköz membranlar değerlendiriniz.
- Bireye fowlers pozisyon veriniz.
- Pulse oksimetre ile oksijen saturasyonunu izleyiniz.
- Oksijen tedavisi başlayınız.
- Ağızda kan, kusmuk ve sekresyon varsa bireyi aspire ediniz.
- Gerektiğinde hasta mekanik ventilasyona bağlanabilir. Bu nedenle entübasyon için gerekli malzeme ve acil ilaçları hastanın yanında hazır bulundurunuz.
- Serebral hipoksiyi gösteren anksiyete ve huzursuzluk gibi belirtilerini gözlemleyiniz.
- Hekim istemine göre inotropik ajanlar, nitratlar, diüretik başlayabilirsiniz.

TANI: Kardiak Out-Put'un Azalması

I. Etiyolojik Faktörler:

- Sol ventrikülün kontraktilesinin bozulması
- Miyokart kasılma gücünün azalması
- Kardiyak afterlodun artması

II. Amaç: Yeterli kan hacmini sağlamak

III. Hemşirelik Girişimleri:

- Cildin rengini, ısısını ve nemliliğini değerlendiriniz.
- Mental durumu değerlendiriniz.
- Kalp atım hızı, ritmi, kalp sesleri ve kan basıncını değerlendiriniz.
- Hekim istemi ile O₂ inhalasyonu başlayınız.
- Nabız oksimetre ile arteriyel kan gazlarını değerlendiriniz.
- Günlük olarak kilo izlemi yapınız.
- Palyatif tedavi uygulayınız ve hastanın ilaç tedavisine cevabını değerlendiriniz.
- Bireyi ılık tutunuz ve sık sık pozisyon değiştiriniz.
- Emosyonel ve fiziksel dinlenme önlemleri alınız (Sakin bir ortam sağlama, ziyaretçi kısıtlama vb).
- Hekim istemine göre ilaç tedavisi uygulayınız.
- Bireyde hipotansiyon yok ise fowler pozisyonu veriniz ve yatak istirahatine alınız (63,84,85,86,87).

MATERYAL METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerinin anksiyete-depresyon düzeylerini, yaşam kalitelerini değerlendirmek, birbirleriyle ilişkisini incelemek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan analitik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğinde yürütülmüştür. Kardiyoloji kliniği 3 bölümden (post-op, yatan hasta ve koroner yoğun bakım ünitesi) oluşmaktadır. Klinik 34 yatak kapasitesine sahip olup, klinikte 6 hemşire, koroner yoğun bakım ünitesinde 8 hemşire çalışmaktadır. Kardiyoloji polikliniğinde ise hasta muayenesi için 6 oda yer almakta, günlük ortalama 150 hasta polikliniğe başvurmaktadır. Muayeneler sabah saatlerinde yapılmakta, öğleden sonra sonuç gösterme ve kontrol muayeneleri yapılmaktadır. Poliklinikte randevu sistemi ile çalışılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği ve Kliniğine başvuran, kalp yetersizliği tanısı alan hastalar ve onlara bakımverenler oluşturmuştur. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 2009 yılı verilerine göre Kardiyoloji Polikliniği ve Kliniğine başvuran kalp yetersizliği tanısı alan 761 hasta bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma örnekleme, yıllık 761 hasta sayısına göre %95 güvenirlilik, %90 güç ve %10 ($d=0,10$) örneklem hatası üzerinden hesaplanmış hasta sayısı 150, bakımverenlerin sayısı 150 olarak belirlenmiştir. Örneklem hesabı NCSS-PASS istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

Hastalardan;

- Kalp yetersizliği tanısı olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Sözel iletişim sorunu olmayan,
- Veri toplama sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek, fiziksel ve psikolojik açıdan rahat olan,
- NYHA fonksiyonel sınıflama sistemine göre I, II, III, IV olan,
- Tanı konulmuş ruhsal bir hastalığı olmayan ve psikiyatrik tedavi almayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya alınmıştır.

Bakımverenlerden;

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Sözel iletişim sorunu olmayan,
- Tanı konulmuş ruhsal bir hastalığı olmayan ve psikiyatrik tedavi almayan
- Veri toplama sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek, fiziksel ve psikolojik açıdan rahat olan,
- Hastalık sürecinde hastayla uzun süre ilgilenen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya alınmıştır.

Çalışmada hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 1 Ekim 2009 - 21 Temmuz 2010 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan ve Polikliniğine başvuran, kalp yetersizliği tanısı alan hasta ve onlara bakımverenler ile sınırlıdır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Ön Uygulama

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik onay ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji biriminden resmi izin alındıktan sonra veri toplama süreci başlatılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 15.09.2009-18.09.2009 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan 10 hastaya ve 10 bakımverene uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastaların ve bakımverenlerin verileri araştırmada kullanılmamıştır. Ön uygulamada anket formlarının her birinin uygulama süresi ortalama 15 dakika olarak değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonucunda hasta bilgi formunda “kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yattınız mı?” sorusu yerine “kalp yetersizliği nedeniyle son bir yılda hastaneye yattınız?” sorusu eklenmiştir. Bakımveren bilgi formunda ise, “hastanızın bakımı ne kadar zamanınızı alıyor?” sorusu yerine “hastanızın bakımı günde ne kadar zamanınızı alıyor?” sorusu eklenmiştir.

3.6.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veriler 1 Ekim 2009- 21 Temmuz 2010 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan ve Polikliniğine başvuran hasta ve onlara bakımverenlerden, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama döneminde araştırma kriterlerine uygun 200 hastaya ve 180 bakımverene ulaşılmış, 50 hasta ve 20 bakımveren araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmaya katılma ölçütlerine uygun olan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınarak, araştırmaya katılmaya istekli olanlarla çalışma yürütülmüştür. Veriler, hastalara ve bakımverenlere anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket formu yüz yüze görüşülerek ve hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak doldurulmuştur. Bir katılımcı için uygulama süresi yaklaşık 20 dakika olarak belirlenmiştir.

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada, hastaların hastalık süreci ile ilgili bilgilerinin ve sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu (EK:1-A), bakımverenlerin sosyo-demografik özelliklerinin

belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Bakımveren Bilgi Formu (EK:1-B), yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK:1-C) ve anksiyete–depresyon düzeylerinin belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (EK:1-D) kullanılmıştır. Her iki grupta SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastane Anksiyete –Depresyon Ölçeği'nin kullanılma sebebi uygulamanın, değerlendirmenin kolay olması ve yurt dışında her iki ölçeğin benzer çalışmalarda kullanılmış olmasıdır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Konu ilgili literatür taraması yapılarak (5,7,11,29,36,50) araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu, hasta ve bakımverenin tanıtıcı bilgilerine ilişkin iki form şeklinindedir. Hasta bilgi formunda hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık süreci ile ilgili 22 soru ve hasta dosyasından alınacak bilgi, bakımveren bilgi formunda ise bakımverenlerin sosyo-demografik özellikleri, hasta ile ilişkileri, hastalığın olup olmadığı ile ilgili bilgileri içeren 23 soru yer almaktadır.

Hasta Bilgi Formunda; sosyo-demografik özellikler 10 değişkenden oluşmaktadır. Bu değişkenler, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, çalışma durumu, sosyal güvence ve birlikte yaşadığı kişilerdir.

Sağlık/hastalık ile ilgili bölümde; hastalardan boy, kilo, sigara ve alkol kullanımı, kalp yetersizliği tanısının ne kadar süre önce konduğu, son 1 yıl içersinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye kaç kez yattığı, hastalıkla ilgili yaşadığı semptomlar, diyet uyumu, ilaç kullanımı, egzersiz yapıp yapmadığı, hasta dosyasından sağlık durumu, eşlik eden kronik hastalıklar, fonksiyonel sınıf, EF değerı alınmıştır.

Bakımveren Bilgi Formunda; Sosyo-demografik özellikler 10 değişkenden oluşmaktadır. Bu değişkenler, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, çalışma durumu, sosyal güvence, sigara ve alkol kullanımındır. Ayrıca hasta ile birlikte yaşam, tedavi ve hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılar, bakım süresi, bakımı paylaşma, hastalık hakkında bilgi, sağlık durumu yer almaktadır.

3.7.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. 1992 yılında Rand Cooperation tarafından revize edilerek, kullanıma sunulmuştur. Türkçeye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını Pınar 1995 yılında diabetes mellitus, hemodiyaliz ve kardiyoloji hasta gruplarında uygulayarak yapmıştır. Pınar'ın (88) çalışmasında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin test-retest değerı 0.94, iç tutarlık değerı ise 0.91 olarak bulunmuştur (88).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde yer alan 2 ana boyut ve 8 alt boyut aşağıdaki gibidir (88,89).

1. Mental Boyut

- Sosyal Fonksiyon
- Rol Kısıtlanması-emosyonel
- Mental Sağlık
- Enerji / Canlılık
- Genel Sağlık Algısı

2. Fiziksel Boyut

- Fiziksel Fonksiyon
- Rol Kısıtlanması-fiziksel
- Bedensel Ağrı
- Enerji / Canlılık
- Genel Sağlık Algısı

Ölçek, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmesi ve çok kısa sürede doldurulabilmesi bakımından diğer jenerik ölçeklere göre avantajlıdır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde, her sağlık alanının puanının yükselmesi sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ile 8 alt boyut ayrı ayrı değerlendirilebildiği gibi, yaşam kalitesi fiziksel ve mental boyut olmak üzere iki ana boyutta da değerlendirilebilir. Ana boyut puanlarının hesaplanmasında her bir ana boyutun altında bulunan alt boyut puanları toplanıp boyut sayısına bölünerek puan hesaplanır. Örneğin fiziksel boyut puanı hesaplanırken; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması-fiziksel, bedensel ağrı, enerji/canlılık ve genel sağlık algısı puanları toplanır ve 5'e bölünür. Genel sağlık algısı ve enerji/canlılık her iki ana boyutta da yer almaktadır (88,89,90).

SF-36 Yaşam Kalitesi likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan 36 ifadeden 35'i son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ölçekteki son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren "Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şimdiki sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?" ifadesi değerlendirmede dikkate alınmaz. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı toplam puan vermektedir. Ölçek puanları 0 ile 100 arasında değişen değerler alır. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu gösterir, puanın yüksek olması yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (88).

3.7.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin, anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve

puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddelerin puanları toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerinin puanları toplanır. Hastaların ve bakımverenlerin her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir (91).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS Windows 11.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri tablolarla özetlenmiştir. Normal dağılıma uygunluk gösteren niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız gruplar arasında t test ve tek yönlü varyans analizi (çoklu karşılaştırma), parametreler arasındaki ilişki, sürekli değişkenler için pearson ve sınıflandırılmış değişkenler için spearman istatistiksel analizleri kullanılmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeğini etkileyen değişkenler için stepwise yöntemi ile çoklu regresyon analizleri yapıldı. Sonuçlar %95 güvenle $p < 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine gelen ve Kardiyoloji Kliniğinde yatan hastalardan (n=150) ve bakımverenlerden (n=150) elde edilen istatistiksel veriler bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların kişisel özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri, bakımverenlerin kişisel özellikleri, hasta ve bakımı ile ilgili özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Ayrıca sosyodemografik değişkenlerle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği arasındaki ilişkileri gösteren bulgular bulunmaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	65	43.3
Erkek	85	56.7
Yaş	60.9 ± 12.42 (min:20 max:80)	
55 yaş altı	45	30.0
55-65 yaş arası	42	28.0
65 yaş üstü	63	42.0
Medeni durum		
Evli	138	92.0
Bekar	12	8.0
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	33	22.0
Okur-yazar	14	9.4
İlkokul	59	39.3
Ortaokul	17	11.3
Lise	14	9.3
Üniversite ve üzeri	13	8.7
Meslek		
Memur	13	8.7
İşçi	11	7.3
Emekli	71	47.3
Ev hanımı	38	25.3
Diğer*	17	11.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	29	19.3
Çalışmıyor	121	80.7
Sosyal güvence		
Var	147	98.0
Yok	3	2.0
Gelir - gider durumu		
Gelir giderden az	61	40.7
Gelir gidere eşit ve fazla	89	59.3
Birlikte yaşadığı kişiler		
Aile bireyleri	132	88.0
Diğer**	18	12.0
Beden kitle indeksi (BKİ)	26.44 ± 5.13 (min:13.9 max:42.1)	
Zayıf (<18.5)	12	8.0
Normal (18.5-24.9)	43	28.7
Şişman (>25.0)	95	63.3
TOPLAM	150	100

*Gazeteci, mobilyacı, çiftçi, kahveci, kaportacı, serbest meslek

**Kardeş, arkadaş, yalnız

Hastalara ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %43.3'ü kadın, %56.7'si erkektir. Hastaların yaş ortalaması 60.9 ± 12.42 'dir. Hastaların %30'u 55 yaş altı, %28'i 55-65 yaş arası, %42'si ise 65 yaş üstündedir.

Hastaların medeni durumuna bakıldığında %92'sinin evli, %8'inin bekar olduğu görülmektedir. Hastaların %22'si okuma yazma bilmemekte, %9.4'ü okuma yazma bilmekte, %39.3'ü ilkokul mezunu, %11.3'ü ortaokul, %9.3'ü lise, %8.7'si üniversite ve üzeridir.

Hastaların meslek dağılımına bakıldığında yarısına yakını (%47.3) emekli, %8.7'si memur, %7.3'ü işçi, %25.3'ü ise ev hanımıdır. Hastaların büyük çoğunluğunun (%80.7) çalışmadığı görülmektedir. Hastaların %98'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Gelir gider dengesine bakıldığında hastaların %40.7'sinin gelirinin giderinden az, %59.3'ünün gelirinin giderine eşit veya fazla olduğu görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%88) aile bireyleriyle birlikte yaşamaktadır.

Hastaların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 26.44 ± 5.13 'tür. Hastaların yarısından fazlası (%63.3) şişman, %28.7'si normal, %8'i ise zayıf olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Kalp yetersizliği sınıfı (NYHA)		
NYHA I	15	10.0
NYHA II	42	28.0
NYHA III	66	44.0
NYHA IV	27	18.0
Ejeksiyon fraksiyonu (EF) (%)	46.77 ± 15.28 (min:12 max:68)	
19 ve altı	9	6.0
20 – 60 arası	113	75.3
61 ve üstü	28	18.7
Tanı süresi		
0-12 ay	54	36.0
1-3 yıl	23	15.3
3 yıldan fazla	73	48.7
Kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı		
Var	119	79.3
Yok	31	20.7
Kalp yetersizliğine eşlik eden diğer hastalıklar		
Hipertansiyon	81	54.0
Şeker hastalığı	43	28.7
Solunum sistemi hastalığı	45	30.0
Diğer hastalık*	47	31.5
Son bir yılda hastaneye yatma durumu		
Evet	95	63.3
Hayır	55	36.7
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı		
Hiç yatmadım	55	36.7
1-2 kez	57	38.0
3-5 kez	21	14.0
5'ten fazla	17	11.3
Diyete uyum durumu		
Evet	88	58.7
Hayır	62	41.3
Düzenli ilaç kullanımı		
Evet	131	87.3
Hayır	19	12.7
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	31	20.7
Hayır	119	79.3
Sağlık durumu		
İyi	25	16.7
Orta	57	38.0
Kötü	68	45.3
TOPLAM	150	100

*Gis sistemi hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları, renal sistem hastalıkları ve eklem hastalıkları

Tablo 4.2’de hastaların hastalıkla ilgili özellikleri yer almaktadır. NYHA sınıflamasına göre hastaların %18’i IV.sınıf, %44’ü III.sınıf, %28’i II.sınıf, %10’u ise I.sınıftadır. Hastaların ejeksiyon fraksiyon (EF) değerinin ortalaması 46.77 ± 15.28 ’dir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%75.3) EF değeri %20-60 arasındadır. Hastaların %48.7’sinde 3 yıldan fazla kalp yetersizliği olduğu, büyük çoğunluğunda da (%79.3) kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığın olduğu görülmüştür. Kalp yetersizliğine en yüksek (%54) oranda hipertansiyonun eşlik ettiği görülmektedir.

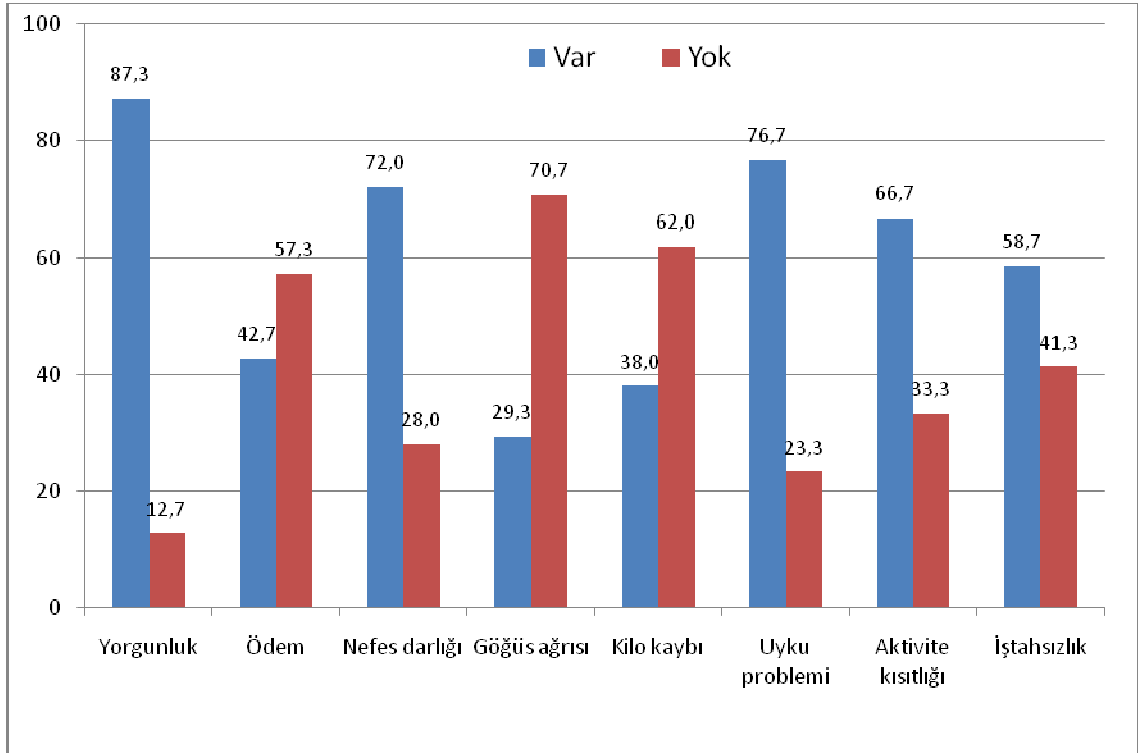
Hastaların %63.3’ünün daha önce hastaneye yatmış olduğu, %38’inin 1-2 kez hastaneye yattığı görülmektedir. Hastaların diyetle uyumuna bakıldığında yarısından fazlasının (%58.7) diyetle uyduğu, büyük çoğunluğunun (%87.3) ilaçlarını düzenli kullandığı görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun ise (%79.3) düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Hastaların sağlık durumuna ilişkin ifadelerine bakıldığında, %45.3’ünün kötü, %38’inin orta, %16.7’sinin ise iyi olarak tanımladıkları görülmektedir.

Tablo 4.3. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

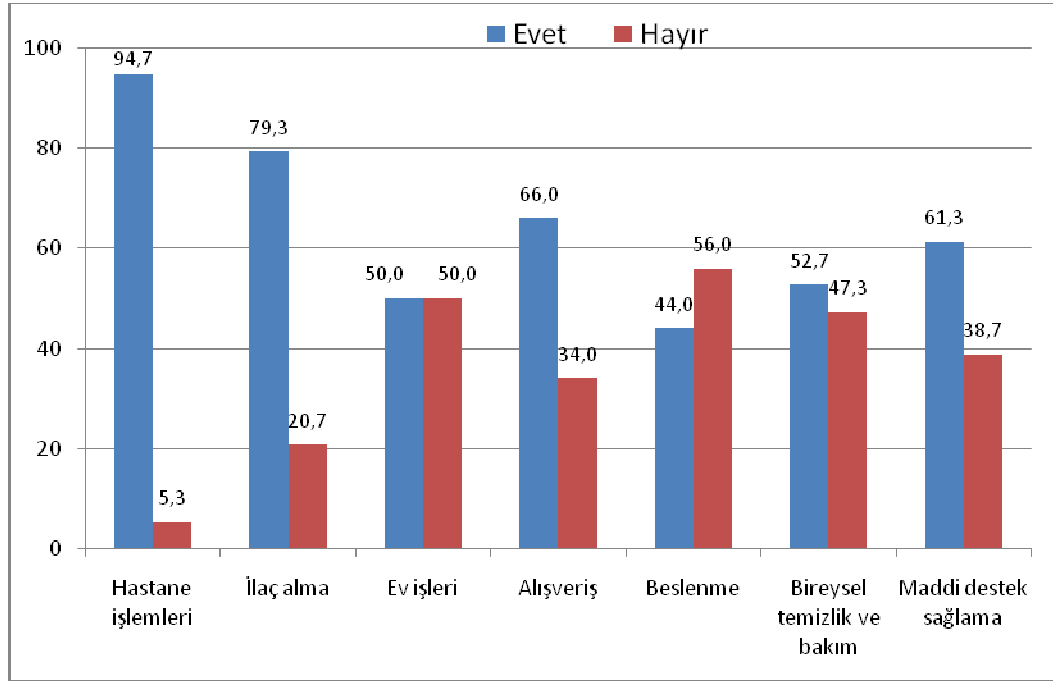
	n	%
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	30	20.0
Kullanmıyor	120	80.0
Sigara kullanma süresi		
10-20 yıl	1	3.3
20 yıl üstü	29	96.7
Kullanılan sigara miktarı (gün)		
0-10 adet	19	63.3
11-20 adet	11	36.7
Alkol kullanma durumu		
Kullanıyor	7	4.7
Kullanmıyor	143	95.3
Alkol kullanma süresi		
15-20 yıl	3	42.9
20 yıl üstü	4	57.1
Kullanılan alkol miktarı (gün)		
1 kadeh	3	42.9
1 kadehten fazla	4	57.1
TOPLAM	150	100

Tablo 4.3’de hastaların sigara ve alkol kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %20’sinin sigara kullandığı, kullananların %96.7’sinin 20 yıldan daha fazla kullandığı görülmektedir. Sigara kullanan hastaların %36.7’si günde 11-20 adet sigara kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların büyük çoğunluğu (%95.3) alkol kullanmamaktadır. Kullananların ise %57.1’inin 20 yıldan fazla, günde 1 kadehten fazla alkol kullandığı görülmektedir.



Şekil 4.1. Hastaların Hastalık ile İlgili Yaşadıkları Semptomların Dağılımı

Şekil 4.1’de hastaların hastalıkla ilgili yaşadıkları semptomların dağılımı görülmektedir. Hastalarda hastalıkla ilgili yaşadıkları semptomların varlığı sorgulandığında; hastaların %87.3’ü yorgunluk, %42.7’si ödem, %72’si nefes darlığı, %29.3’ü göğüs ağrısı, %38’i kilo kaybı, %76.7’si uyku problemi, %66.7’si aktivite kısıtlılığı, %58.7’si ise iştahsızlık belirtmişlerdir.



Şekil 4.2. Hastaların Bakımverenlerinden Yardım Aldıkları Konuların Dağılımı

Şekil 4.2’de hastaların bakımverenlerinden yardım aldıkları konuların dağılımı görülmektedir. Hastaların %94.7’sinin hastane işlemlerinde, %79.3’ü ilaç almada, %50’si ev işlerinde, %66’sı alışverişte, %44’ü beslenmesinde, %52.7’si bireysel temizlik ve bakımda, %61.3’ü ise maddi destek sağlamada bakımverenlerinden yardım aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.4. Bakımverenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	113	75.3
Erkek	37	24.7
Yaş	45.59 ± 13.57 (min:18 max:78)	
55 yaş altı	105	70.0
55-65 yaş arası	36	24.0
65 yaş üstü	9	6.0
Medeni durum		
Evli	114	76.0
Bekar	36	24.0
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	13	8.7
Okur-yazar	5	3.3
İlkokul	55	36.7
Ortaokul	17	11.3
Lise	26	17.3
Üniversite ve üzeri	34	22.7
Meslek		
Memur	26	17.3
İşçi	10	6.7
Emekli	28	18.7
Ev hanımı	53	35.3
Diğer*	33	22.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	62	41.3
Çalışmıyor	88	58.7
Sosyal güvence		
Var	137	92.6
Yok	13	7.4
Gelir - gider durumu		
Gelir giderden az	40	26.7
Gelir gidere eşit ve fazla	110	73.3
Hastalık varlığı		
Var	79	52.7
Yok	71	47.3
Sağlık durumu		
İyi	49	32.7
Orta	79	52.7
Kötü	22	14.6
TOPLAM	150	100

*Çiftçi, kuaför, öğrenci, serbest meslek

Bakımverenlere ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 4.4'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bakımverenlerin %75.3'ü kadın, %24.7'si ise erkektir. Bakımverenlerin yaş ortalaması 45.59 ± 13.57 'dir. Bakımverenlerin büyük çoğunluğu (%70) 55 yaş altı, %24'ü 55-65 yaş arası, %6'sı ise 65 yaş üstündedir.

Bakımverenlerin medeni durumuna bakıldığında büyük çoğunluğunun (%76) evli, %24'ünün bekar olduğu görülmektedir. Bakımverenlerin %8.7'si okuma yazma bilmemekte, %3.3'ü okuma yazma bilmekte, %36.7'si ilkokul, %11.3'ü ortaokul, %17.3'ü lise, %22.7'si ise üniversite ve üzeri mezundur.

Bakımverenlerin mesleklerinin dağılımına bakıldığında %35.3'ü ev hanımı, %17.3'ü memur, %6.7'si işçi, %18.7'si ise emeklidir. Bakımverenlerin %41.3'ünün çalıştığı görülmektedir. Bakımverenlerin büyük çoğunluğunun (%92.6) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Gelir gider dengesine bakıldığında bakımverenlerin %26.7'sinin geliri giderinden az, %73.3'ünün gelirin giderine eşit veya fazla olduğu görülmektedir.

Bakımverenlerin %52.7'si en az bir hastalığının olduğunu belirtmiştir. Bakımverenlerin sağlık durumuna ilişkin ifadelerine bakıldığında, %32.7'sinin iyi, %52.7'sinin orta, %14.6'sının ise kötü olarak tanımladıkları görülmektedir.

Tablo 4.5. Bakımverenlerin Hastalarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	n	%
Hasta ile birlikte yaşama durumu		
Evet	119	79.3
Hayır	31	20.7
Yakınlık derecesi		
Eş	59	39.3
Çocuk	63	42.0
Diğer*	28	18.7
Aile içinde sorumluluk		
Aile reisi	22	14.7
Ev hanımı	102	68.0
Çocuk	23	15.3
Diğer	3	2.0
Evde bakmakla sorumlu olduğu birey		
Var	37	24.7
Yok	113	75.3
Hastanın bakımını diğer yakınıyla paylaşma		
Paylaşıyor	88	58.7
Paylaşmıyor	62	41.3
Bakım verme süresi (Ay)	46.73 ± 61.44 (min:1 max:492)	
Bakım vermek için bir günde ayrılan süre (Dakika)	126.03 ± 131.56 (min:10 max:600)	
Hastalıkla ilgili bilgi varlığı		
Var	75	50.0
Yok	75	50.0
Bilgi aldığı kaynak		
Hemşire	30	40.0
Diğer**	45	60.0
Tedavi ile ilgili yaşanan sıkıntılar		
Var	146	97.3
Yok	4	2.7
Evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılar		
Var	97	64.7
Yok	53	35.3
TOPLAM	150	100

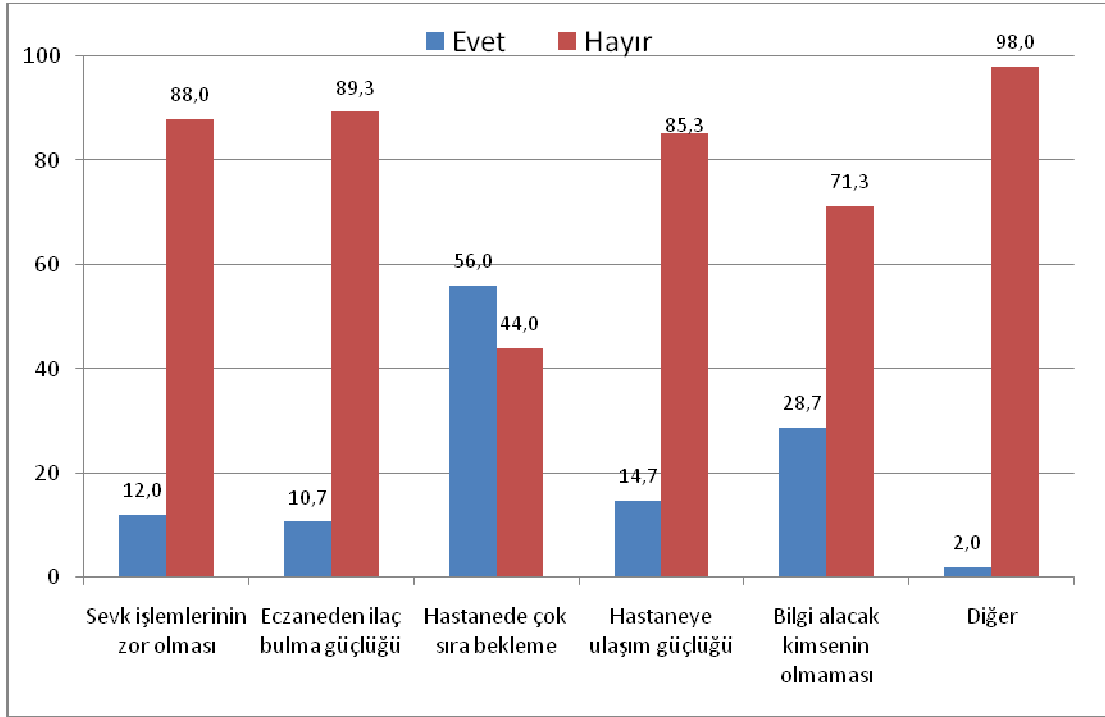
*Kardeş, arkadaş

**Doktor,internet, televizyon, kitap, gazete, sergi,çevre

Tablo 4.5’de bakımverenlerin hastalarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Bakımverenlerin büyük çoğunluğunun (%79.3) hasta ile birlikte yaşadığı, %39.3’ünün hastaların eşleri, %42’sinin hastaların çocukları olduğu saptanmıştır. Bakımverenlerin %68’inin aile içindeki sorumluluğunun ev hanımı olduğu görülmektedir.

Bakımverenlerin büyük çoğunluğu (%75.3) evde bakmakla sorumlu olduğu başka bireyin olmadığını ifade etmişlerdir. Bakımverenlerin %58.7’sinin hastasının bakımını diğer aile üyeleriyle paylaştığı görülmektedir. Bakım verme süresi (ay) ortalaması 46.73 ± 61.44 , günde bakım vermek için ayrılan sürenin (dakika) ortalaması ise 126.03 ± 131.56 olarak saptanmıştır.

Bakımverenlerin %50’sinin hastalıkla ilgili bilgisinin olduğu, bu bilgiyi %40’ının hemşirelerden aldığı görülmektedir. Bakımverenlerin %64.7’sinin evde hastasıyla ilgili sıkıntılar yaşadığı, büyük çoğunluğunun (%97.3) ise tedavi süreci ile ilgili sıkıntılar yaşadığı görülmektedir.



Şekil 4.3. Bakımverenlerin Tedavi Süreci ile İlgili Yaşadıkları Sıkıntıların Dağılımı

Şekil 4.3’de bakımverenlerin tedavi süreci ile ilgili yaşadıkları sıkıntılar görülmektedir. Bakımverenlerin yaşadıkları sıkıntılar sorgulandığında; bakımverenlerin %12’si sevk işlemlerinde zorlandıklarını, %10.7’si eczanede ilaç bulmada güçlük yaşadıklarını, büyük çoğunluğu (%56) hastanede çok sıra beklediklerini, %14.7’si hastaneye ulaşımında güçlük yaşadıklarını, %28.7’si bilgi alacak kimseyi bulamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.6.a. Hasta ve Bakımverenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri ve Hastane Anksiyete-Depresyon Alt Ölçekleri Ortalama Puanlarının Dağılımı

	HASTA	BAKIMVEREN	p
	Ort. ± SD	Ort. ± SD	
SF-36 Fiziksel fonksiyon	34.76 ± 32.73	72.70 ± 25.21	0.000
SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	29.18 ± 41.81	54.67 ± 46.38	0.000
SF-36 Ağrı	48.10 ± 35.94	62.60 ± 34.91	0.000
SF-36 Genel Sağlık	35.40 ± 15.47	47.30 ± 14.60	0.000
SF-36 Vitalite (Enerji)	25.77 ± 22.0	38.81 ± 22.48	0.000
SF-36 Sosyal Fonksiyon	56.91 ± 25.41	64.83 ± 29.27	0.013
SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	43.11 ± 48.16	49.14 ± 47.54	0.276
SF-36 Mental Sağlık	42.45 ± 18.97	45.22 ± 18.86	0.206
HAD-A	11.51 ± 5.65	10.76 ± 4.72	0.211
HAD-D	11.35 ± 5.76	9.36 ± 5.39	0.002

Tablo 4.6.a’da SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin ortalama puanlarının dağılımı incelendiğinde, hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon puan ortalaması 34.76, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 29.18, ağrı puan ortalaması 48.10, genel sağlık puan ortalaması 35.40, vitalite puan ortalaması 25.77, sosyal fonksiyon puan ortalaması 56.91, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 43.11, mental sağlık puan ortalaması 42.45 olarak saptanmıştır. HAD alt ölçeklerinin puanları ise; anksiyete puan ortalaması 11.51, depresyon puan ortalaması 11.35 olarak bulunmuştur.

Bakımverenlerin yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon puan ortalaması 72.70, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 54.67, ağrı puan ortalaması 62.60, genel sağlık puan ortalaması 47.30, vitalite puan ortalaması 38.81, sosyal fonksiyon puan ortalaması 64.83, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 49.14, mental sağlık puan ortalaması 45.22 olarak saptanmıştır. HAD alt ölçeklerinin puanları ise; anksiyete puan ortalaması 10.76, depresyon puan ortalaması 9.36 olarak bulunmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin tüm alt ölçek puanlarında, hastaların ortalama puanlarının, bakımverenlerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu görülmüştür. Bu düşüklük mental sağlık ve emosyonel rol güçlüğünde istatistiksel olarak anlamsız, diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların HAD-A puan ortalaması ile bakımverenlerin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak hastaların HAD-D puan ortalaması bakımverenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.6.b. Hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin HAD-A ve HAD-D Eşik Üstü/Altı Puanlarına Göre Dağılımı

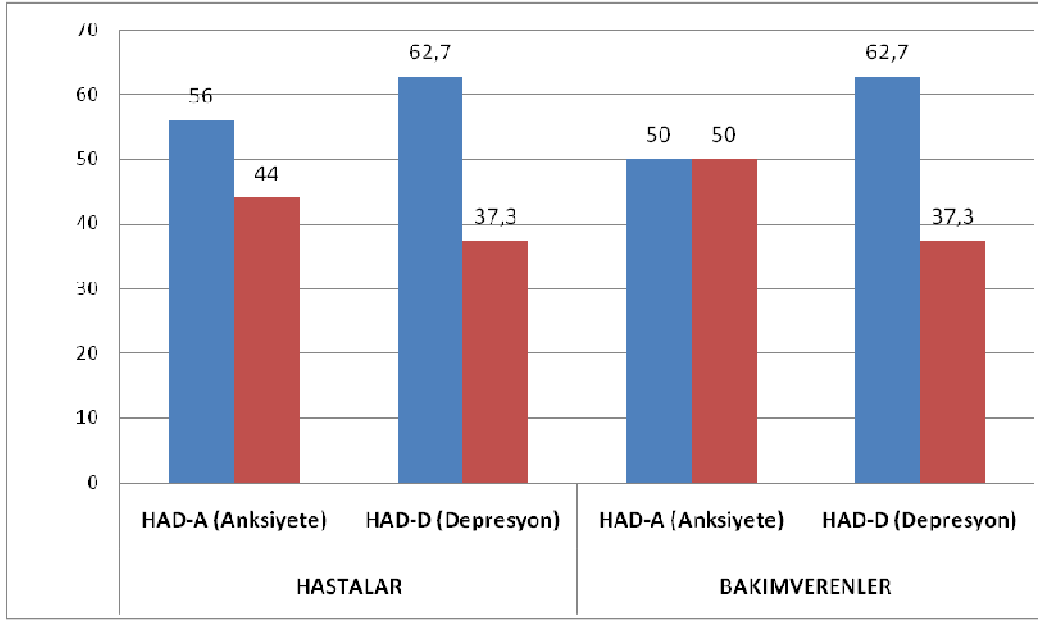
	HAD-A			HAD-D		
	11 ve üstü	10 ve altı	p	8 ve üstü	7 ve altı	p
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD	
SF-36 Ağrı	27.86 ± 25.77	73.87 ± 30.16	0.000	35.33 ± 30.34	80.95 ± 27.54	0.000
SF-36 Fiziksel fonksiyon	18.28 ± 21.5	55.74 ± 32.67	0.000	22.27 ± 24.88	66.88 ± 28.48	0.000
SF-36 Genel Sağlık	27.74 ± 11.07	45.15 ± 14.83	0.000	29.81 ± 11.66	49.76 ± 14.9	0.000
SF-36 Mental Sağlık	31.57 ± 11.93	56.30 ± 17.19	0.000	36.11 ± 14.77	58.76 ± 18.98	0.000
SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	21.83 ± 40.24	70.20 ± 43.81	0.000	27.78 ± 43.83	82.54 ± 34.72	0.000
SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	8.93 ± 24.43	54.95 ± 45.17	0.000	11.82 ± 25.9	73.81 ± 42.03	0.000
SF-36 Sosyal Fonksiyon	46.46 ± 21.82	70.21 ± 23.49	0.000	49.27 ± 22.94	76.56 ± 20.61	0.000
SF-36 Vitalite (Enerji)	12.68 ± 13.00	42.42 ± 19.75	0.000	16.99 ± 16.39	48.33 ± 18.24	0.000

Tablo 4.6.b'de hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin HAD-A ve HAD-D alt ölçeklerinin eşik üstü/altı puanlarına göre dağılımları yer almaktadır. HAD-A puanlarına göre, 11 ve üstü puan alan hastaların tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, 10 ve altı puan alan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). HAD-D puanlarına göre ise, 8 ve üstü puan alan hastaların tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, 7 ve altı puan alan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ($p < 0.05$). Tüm alt ölçeklerde gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.6.c. Bakımverenlerde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin HAD-A ve HAD-D Eşik Üstü/Altı Puanlarına Göre Dağılımı

	HAD-A			HAD-D		
	11 ve üstü	10 ve altı	p	8 ve üstü	7 ve altı	p
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD	
SF-36 Ağrı	46.63 ± 33.93	78.57 ± 28.03	0.000	49.10 ± 33.28	85.27 ± 24.37	0.000
SF-36 Fiziksel fonksiyon	62.27 ± 26.50	83.13 ± 18.9	0.000	63.56 ± 26.17	88.04 ± 13.51	0.000
SF-36 Genel Sağlık	42.07 ± 14.33	52.53 ± 12.98	0.000	42.71 ± 14.31	55.00 ± 11.64	0.000
SF-36 Mental Sağlık	35.55 ± 17.21	54.89 ± 15.18	0.000	37.20 ± 16.15	58.69 ± 15.10	0.000
SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	26.27 ± 41.81	72.00 ± 41.75	0.000	30.89 ± 42.65	79.76 ± 39.02	0.000
SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	32.00 ± 42.23	77.33 ± 38.81	0.000	37.50 ± 43.80	83.48 ± 35.12	0.000
SF-36 Sosyal Fonksiyon	47.83 ± 25.94	81.82 ± 21.59	0.000	52.39 ± 26.26	85.70 ± 21.13	0.000
SF-36 Vitalite (Enerji)	25.76 ± 17.34	51.87 ± 19.27	0.000	27.45 ± 16.72	57.89 ± 17.48	0.000

Tablo 4.6.c bakımverenlerde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin HAD-A ve HAD-D alt ölçeklerinin eşik üstü/altı puanlarına göre dağılımlarını göstermektedir. Bakımverenlerde HAD-A puanlarına göre, 11 ve üstü puan alanların tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, 10 ve altı puan alanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bakımverenlerin HAD-D puanlarına göre, 8 ve üstü puan alanların tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, 7 ve altı puan alanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Tüm alt ölçeklerde gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur.



Şekil 4.4. Hastaların ve Bakımverenlerinin Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Dağılımı

Şekil 4.4 hastaların ve bakımverenlerinin anksiyete ve depresyon puanlarının dağılımı göstermektedir. Hastaların %56'sı anksiyeteli, %62.7'si depresif, bakımverenlerin %50'si anksiyeteli, %62.7'si ise depresif bulunmuştur.

Tablo 4.6.d. Hasta ile Bakımverenlerde HAD Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Korelasyonu

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık
Hastalar									
HAD-A	r	-0.667**	-0.588**	-0.729**	-0.652**	-0.765**	-0.526**	-0.630**	-0.739**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
HAD-D	r	-0.760**	-0.626**	-0.726**	-0.690**	-0.785**	-0.568**	-0.578**	-0.689**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Bakımverenler									
HAD-A	r	-0.439**	-0.529**	-0.505**	-0.452**	-0.697**	-0.619**	-0.566**	-0.637**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
HAD-D	r	-0.562**	-0.537**	-0.554**	-0.553**	-0.769**	-0.586**	-0.538**	-0.572**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

**p<0.01 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.6.d hasta ile bakımverenlerde HAD Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin korelasyonunu göstermektedir. Hastalarda HAD-A ve HAD-D puanları ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0.01). Bakımverenlerde HAD-A puanları ile fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt ölçekleri arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bakımverenlerin HAD-A puanları ile fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçekleri arasında negatif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0.01). Bakımverenlerde HAD-D puanları ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (p<0.01).

Tablo 4.6.e. Hasta ile Bakımverenlerde HAD Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Korelasyonu

		Hastalar										
		HADA	HAD-D	SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	
Bakımverenler	HAD-A	r	0.665**	0.832**	-0.470**	-0.445**	-0.510**	-0.494**	-0.656**	-0.511**	-0.511**	-0.530**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	HAD-D	r	0.750**	0.987**	-0.561**	-0.554**	-0.562**	-0.539**	-0.775**	-0.611**	-0.539**	-0.581**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Fiziksel fonksiyon	r	-0.659**	-0.746**	0.451**	0.400**	0.395**	0.337**	0.610**	0.473**	0.399**	0.471**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	r	-0.527**	-0.619**	0.346**	0.390**	0.305**	0.322**	0.461**	0.375**	0.330**	0.375**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Ağrı	r	-0.628**	-0.732**	0.479**	0.503**	0.410**	0.480**	0.514**	0.455**	0.459**	0.415**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Genel Sağlık	r	-0.549**	-0.687**	0.380**	0.334**	0.332**	0.375**	0.543**	0.377**	0.341**	0.349**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Vitalite	r	-0.675**	-0.778**	0.468**	0.456**	0.415**	0.460**	0.623**	0.472**	0.480**	0.514**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Sosyal Fonksiyon	r	-0.498**	-0.556**	0.303**	0.367**	0.296**	0.325**	0.414**	0.370**	0.407**	0.379**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	r	-0.513**	-0.582**	0.346**	0.285**	0.281**	0.287**	0.444**	0.350**	0.326**	0.341**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	SF-36 Mental Sağlık	r	-0.495**	-0.689**	0.392**	0.340**	0.424**	0.425**	0.545**	0.426**	0.421**	0.357**
		p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

**p<0.01 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.6.e hasta ile bakımverenlerde HAD Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin korelasyonunu göstermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ile HAD alt ölçekleri puanları açısından hastalar ile bakımverenler arasında korelasyon bulunmuştur (p<0.01). Hastaların HAD-A ve HAD-D puanları ile bakımverenlerin HAD-A ve HAD-D puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyon saptanmıştır (p<0.01). Bakımverenlerin HAD-A ve HAD-D puanları ile hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puanları arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.01). Hastaların HAD-A ve HAD-D puanları ile bakımverenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puanları arasında negatif ve istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (p<0.01). Bakımverenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları ile hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0.01).

Tablo 4.6.f. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile Korelasyonu

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
Tanı süresi ¹	r	-0.612**	-0.387**	-0.532**	-0.331**	-0.505**	-0.413**	-0.353**	-0.329**	0.480**	0.500**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
EF (%) ¹	r	0.522**	0.343**	0.383**	0.364**	0.395**	0.305**	0.380**	0.289**	-0.336**	-0.423**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
BKİ ¹	r	0.007	0.091	0.114**	0.113**	0.101	-0.008	0.017	0.084	-0.130	-0.202*
	p	0.935	0.268	0.165	0.170	0.219	0.919	0.834	0.305	0.114	0.013
NYHA ²	r	-0.668**	-0.488**	-0.532**	-0.556**	-0.603**	-0.475**	-0.577**	-0.546**	0.596**	0.596**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Yorgunluk ²	r	-0.412**	-0.248**	-0.295**	-0.415**	-0.444**	-0.268**	-0.393**	-0.452**	0.439**	0.465**
	p	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000
Ödem ²	r	-0.561**	-0.358**	-0.554**	-0.450**	-0.438**	-0.259**	-0.375**	-0.324**	0.415**	0.482**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000
Nefes darlığı ²	r	-0.592**	-0.484**	-0.464**	-0.532**	-0.630**	-0.430**	-0.403**	-0.514**	0.527**	0.529**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Göğüs ağrısı ²	r	-0.497**	-0.285**	-0.392**	-0.368**	-0.467**	-0.153	-0.379**	-0.381**	0.358**	0.370**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.062	0.000	0.000	0.000	0.000
Kilo kaybı ²	r	-0.268**	-0.230**	-0.219**	-0.177*	-0.316**	-0.195*	-0.198*	-0.259**	0.129	0.232**
	p	0.001	0.005	0.007	0.030	0.000	0.017	0.015	0.001	0.117	0.004
Uyku problemi ²	r	-0.500**	-0.389**	-0.477**	-0.483**	-0.563**	-0.451**	-0.412**	-0.509**	0.506**	0.524**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Aktivite kısıtlılığı ²	r	-0.761**	-0.510**	-0.527**	-0.585**	-0.602**	-0.410**	-0.435**	-0.481**	0.541**	0.615**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
İştahsızlık ²	r	-0.411**	-0.270**	-0.351**	-0.318**	-0.433**	-0.284**	-0.315**	-0.298**	0.319**	0.353**
	p	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

1: Pearson korelasyon analizi. 2: Spearman korelasyon analizi

**p<0.01 düzeyinde anlamlı * p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.6.f'de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri ile korelasyonu görülmektedir. Tanı süresi ve NYHA sınıfı ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin tümü arasında negatif yönde bir ilişki, HAD alt ölçekleri arasında ise pozitif yönde bir ilişki vardır. EF değeri ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin tümü arasında pozitif yönde, HAD alt ölçekleri ile negatif yönde bir ilişki vardır. Göğüs ağrısı ile sosyal fonksiyon alt ölçeği ve kilo kaybı ile HAD-A arasında korelasyon bulunmazken, yorgunluk, ödem, nefes darlığı, göğüs ağrısı, kilo kaybı, uyku problemi, aktivite kısıtlılığı, iştahsızlık varlığı ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin tümü arasında negatif yönde bir ilişki, HAD alt ölçekleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Fakat BKİ ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD-A alt ölçeği arasında korelasyon görülmemektedir.

Tablo 4.7.a. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güclüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güclüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
	N	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD
Cinsiyet											
Kadın	65	29.31±29.8	21.56±36.66	39.85±32.93	33.23±14.10	22.08±19.96	55.91±23.65	37.44±47.33	41.66±17.30	12.82±5.42	12.05±5.34
Erkek	85	38.93±34.4	35.00±44.69	54.41±37.05	37.06±16.34	28.59±23.15	57.68±26.79	47.45±48.63	43.06±20.23	10.52±5.65	10.82±6.04
P/t		0.069/-1.83	0.045*/-2.02	0.013*/-2.50	0.134/-1.51	0.072/-1.08	0.673/-0.42	0.208/-1.26	0.656/-0.45	0.013*/2.51	0.199/1.29
Yaş											
55 yaş altı	45	67.22±26.64	53.37±46.30	74.00±30.71	45.56±16.56	46.67±17.48	73.74±20.36	66.67±46.6	56.53±15.74	6.89±4.18	6.31±4.8
55-65 yaş arası	42	37.01±26.86	30.36±40.78	55.37±32.46	33.81±13.1	25.24±19.06	58.77±25	48.41±46.68	39.24±17.52	11.1±4.69	10.93±4.46
65 yaş üstü	63	10.08±14.38	11.11±28.67	24.76±25.74	29.21±12.32	11.19±13.13	43.65±21.4	22.75±41.83	34.54±16.48	15.1±4.59	15.24±4.05
P/F		0.001*/85.86	0.001*/16.16	0.001*/38.99	0.001*/18.47	0.001*/62.24	0.001*/24.39	0.001*/13.09	0.001*/24.24	0.001*/43.89	0.001*/54.34
Medeni durum											
Evli	138	31.44±31.35	25.92±40.34	45.73±35.23	34.60±15.45	23.41±20.55	54.71±24.84	40.58±47.78	41.07±18.57	11.85±5.63	11.72±5.61
Bekar	12	72.92±23.3	66.67±41.74	75.42±34.08	44.58±13.05	52.92±20.5	82.29±17.24	72.22±44.57	58.33±16.75	7.67±4.46	7.17±6.03
P/t		0.001*/-4.47	0.001*/-3.35	0.006*/-2.81	0.032/-2.17	0.001*/-4.77	0.001*/-3.76	0.029*/-2.21	0.001*/-3.11	0.013*/2.50	0.008*/2.68
Eğitim Durumu											
Okur-yazar değil	33	6.97±12.43	4.55±14.6	19.85±22.82	27.73±10.54	8.18±9.34	45.83±21.58	9.09±29.19	29.7±10.44	16.58±2.74	16.09±3.36
Okur-yazar	14	18.57±26.05	3.57±13.36	27.86±33.29	24.29±9.38	9.64±12.63	38.39±21.63	16.67±36.4	30.86±13.26	15.86±3.98	15.57±4.36
İlkokul	59	37.95±29.24	30.51±42.06	47.2±32.7	36.69±14.25	26.19±18.01	56.88±24.55	46.89±48.39	45.15±17.87	10.63±5.17	10.81±5.24
Ortaokul	17	54.12±29.91	53.03±43.98	69.29±27.05	42.35±16.87	44.41±18.53	76.82±17.63	74.51±43.35	53.41±20.25	7.12±4.12	7.06±4.31
Lise	14	48.93±33.75	46.43±48.89	74.64±30.11	38.93±16.43	33.93±20.4	64.29±23.95	73.81±41.71	45.71±20.74	8.07±5.72	8.21±5.15
Üniversite ve üzeri	13	67.74±34.25	63.46±48.54	89.42±18.49	48.08±18.88	52.69±24.8	71.15±27.19	66.67±47.14	57.23±19.28	7.46±4.05	6.23±5.04
P/F		0.001*/14.34	0.001*/8.33	0.001*/17.14	0.001*/6.85	0.001*/20.67	0.001*/7.08	0.001*/9.54	0.001*/8.95	0.001*/18.57	0.001*/16.47
Meslek											
Memur	13	82.69±17.51	75.00±40.82	91.92±13.47	53.85±12.93	58.46±14.63	82.69±15.76	92.31±19.97	67.08±6.76	4.77±2.13	3.31±1.7
İşçi	11	58.64±39.12	63.64±50.45	75.68±38.16	45.45±17.95	39.55±27.24	65.91±31.17	45.45±52.22	48.00±23.32	8.45±6.44	8.36±6.77
Emekli	71	30.06±28.87	23.94±38.13	46.91±33.89	31.9±12.86	22.39±19.55	53.04±23.57	43.19±47.94	39.72±16.97	11.96±5.13	12.17±4.95
Ev hanımı	38	20.79±22.83	12.54±26.46	32.04±28.97	32.11±13.39	17.11±15.36	49.91±21.81	23.68±41.67	37.58±15.44	13.55±4.58	13±4.34
Diğer	17	33.53±33.44	30.88±46.38	37.65±34.64	36.76±18.37	25.29±20.88	63.24±29.47	47.06±51.45	42.35±23.71	12.24±7.06	12.35±7.65
P/F		0.001*/14.3	0.001*/9.23	0.001*/11.09	0.001*/8.61	0.001*/13.58	0.001*/5.73	0.001*/5.58	0.001*/7.96	0.001*/8.18	0.001*/10.45

Tablo 4.7.a. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı – Devam

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
	N	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD
Çalışma durumu											
Çalışıyor	29	76.55±20.62	75±42.26	90±21.08	54.66±11.17	54.31±13.74	79.31±18.98	86.21±32.75	62.48±15.25	4.79±2.09	3.55±2.08
Çalışmıyor	121	24.75±26.61	18.19±33.53	38.06±31.22	30.79±12.53	18.93±17.68	51.55±23.82	32.78±45.54	37.65±16.51	13.12±5.01	13.22±4.69
P/t		0.001*/9.80	0.001*/7.77	0.001*/8.50	0.001*/9.40	0.001*/10.06	0.001*/5.84	0.001*/5.95	0.001*/7.38	0.001*/-8.76	0.001*/-10.84
Sosyal güvence											
Var	147	35.06±32.85	28.92±41.75	47.84±36	35.34±15.51	25.61±21.96	56.63±25.41	42.63±48.06	42.31±18.88	11.52±5.66	11.35±5.74
Yok	3	20.00±26.46	41.67±52.04	60.83±37.61	38.33±16.07	33.33±27.54	70.83±26.02	66.67±57.74	49.33±26.63	11.33±6.03	11.33±8.02
P/t		0.905/0.79	0.603/-0.52	0.537/-0.62	0.741/-0.33	0.549/-0.60	0.34/-0.96	0.394/-0.86	0.528/-0.63	0.956/0.86	0.995/0.01
Gelir - gider durumu											
Gelir gidere göre az	61	28.6±30.14	27.89±43.07	46.31±37.83	33.69±14.91	21.56±19.03	58.7±27.12	30.05±44.6	37.44±15.85	12.41±5.6	12.38±5.67
Gelir gidere eşit ve fazla	89	38.99±33.91	30.06±41.15	49.33±34.76	36.57±15.82	28.65±23.49	55.69±24.25	52.06±48.71	45.89±20.22	10.90±5.64	10.65±5.75
P/t		0.056/-1.93	0.757/-0.31	0.615/-0.50	0.263/-1.12	0.052/-1.96	0.477/0.71	0.006*/-2.82	0.007*/-2.74	0.108/1.62	0.071/1.82
Birlikte yaşadığı kişiler											
Aile bireyleri	132	32.76±31.38	27.47±40.72	47.07±35.21	35.08±15.38	24.55±20.63	54.64±25.18	41.67±47.92	41.94±18.66	11.49±5.5	11.48±5.55
Yalnız	18	49.44±39.29	41.67±48.51	55.69±41.25	37.78±16.38	34.72±29.38	73.61±20.96	53.70±50.02	46.22±21.31	11.67±6.80	10.44±7.23
P/t		0.099/-2.05	0.249/-1.19	0.341/-0.96	0.489/-0.69	0.171/-1.86	0.002*/-3.05	0.322/-1.00	0.371/-0.89	0.903/-0.12	0.477/0.71
BKİ											
Zayıf	12	14.58±29.11	12.50±29.19	23.33±30.94	28.75±15.69	12.08±19.82	41.67±23.44	13.89±33.21	34.33±15.49	14.83±4.34	15.08±5.04
Normal	43	33.34±30.22	19.19±34.00	41.51±33.70	32.91±13.98	22.44±20.36	60.53±24.51	47.29±49.46	43.07±18.43	11.74±5.55	12.33±5.69
Şişman	95	37.95±33.58	35.81±45.04	54.22±35.95	37.37±15.84	29±22.27	57.2±25.6	44.91±48.32	43.2±19.53	10.99±5.74	10.44±5.67
P/F		0.062/2.84	0.033*/3.49	0.006*/5.23	0.087/2.48	0.020*/3.99	0.073/2.66	0.087/2.49	0.305/1.2	0.08/2.57	0.012*/4.52

*p<0.05

Tablo 4.7.a'da SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri ile hastaların tanıtıcı özellikleri arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı verilmiştir. Erkeklerin kadınlara göre, fiziksel rol güçlüğü ve ağrı puan ortalamalarının daha yüksek, HAD-A puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırma gruplarında yaş artıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarında azalma, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarında artma olduğu saptanmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Evli olanların, bekar olanlara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının daha düşük, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının eğitim durumuna göre, anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puanlarının arttığı, HAD alt ölçeklerinin puanlarının düştüğü bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Memur ve işçi olanların, emekli, ev hanımı ve diğer meslek grubunda olanlara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının daha yüksek, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bireylerin bir işte çalışma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, bir işte çalışanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek, çalışanların HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sosyal güvencesi olanlarla, olmayanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Gelir gider durumuna göre, hastaların emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Aile bireyleriyle yaşayan hastaların sosyal fonksiyon puan ortalamalarının yalnız yaşayanlardan düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve HAD-D ölçekleri puan ortalamalarının BKİ'ne göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, BKİ arttıkça fiziksel rol güçlüğü ve ağrı puanlarının arttığı, HAD-D puanlarının düştüğü görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7.b. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı

	N	SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
		Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD
Kalp yetersizliği sınıfı (NYHA)											
Sınıf I	15	82.25±10.65	81.67±38.34	87±22.98	49±6.87	54±18.82	84.37±11.42	100±0	66.4±7.22	4.4±2.29	2.93±1.1
Sınıf II	42	56.09±28.34	42.86±43.58	66.68±32.02	42.5±16.16	38.1±18.71	64.95±21.87	62.7±46.68	50.38±16.22	8.71±4.32	8.83±4.7
Sınıf III	66	20.08±22.04	18.56±34.89	36.67±28.47	32.95±13.24	16.97±15.19	51.89±24.24	35.35±45.99	36.48±17.52	13.18±5.1	13.3±4.66
Sınıf IV	27	11.11±20.82	4.69±19.64	25.56±34.44	22.78±11.29	12.41±19.13	41.43±23.57	0±0	31.41±14.24	15.74±4.27	15.19±4.95
P/F		0.001*/51.75	0.001*/18.89	0.001*/21.8	0.001*/17.89	0.001*/31.39	0.001*/14.56	0.001*/25.49	0.001*/22.37	0.001*/28.45	0.001*/32.42
Ejeksiyon fraksiyonu (EF) (%)											
19 ve altı	9	4.44±5.83	11.11±33.33	18.33±31.99	30.56±13.1	9.44±20.68	38.89±35.6	22.22±44.1	34.67±24	13.89±5.99	16.56±5.2
20-60 arası	113	32.43±30.86	25.23±38.74	45.96±34.71	33.98±14.38	24.03±20.49	55.61±23.77	36.28±46.41	41.17±18.77	12.06±5.48	11.76±5.28
61 ve üstü	28	53.93±35.23	50.89±49.29	66.34±34.19	42.68±18.48	38.04±23.31	67.96±24.56	77.38±41.63	50.14±16.27	8.54±5.36	8.04±6.22
P/F		0.001*/10.03	0.005*/5.42	0.001*/7.49	0.017*/4.18	0.001*/7.85	0.006*/5.36	0.001*/10.19	0.035*/3.43	0.005*/5.54	0.001*/9.58
Tam süresi											
0-12 ay	54	59.54±30.15	48.61±46.69	71.2±32.05	41.67±14.01	39.26±21.33	69.68±22.47	64.81±48.2	48.81±18.03	8.39±5.14	7.94±5.18
1-3 yıl	23	37.12±30.25	33.76±42.99	52.85±31.24	36.3±17.47	28.26±23.09	59.22±22.81	42.03±47.37	49.57±19.17	10.13±4.75	10.3±5.24
3 yıldan fazla	73	15.69±20.92	13.36±30.07	29.52±29.36	30.48±14.27	15±15.72	46.75±24.03	27.4±42.43	35.51±17.26	14.26±4.91	14.21±4.82
P/F		0.001*/44.05	0.001*/13	0.001*/29.06	0.001*/9.04	0.001*/25.26	0.001*/15.17	0.001*/10.58	0.001*/10.8	0.001*/22.7	0.001*/24.77
Kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı											
Var	119	26.76±27.78	14.51±29.73	39.08±31.69	32.27±13.8	20.17±18.05	52.15±24.21	35.57±46.48	38.66±17.07	12.68±5.28	12.76±5.00
Yok	31	65.48±32.52	85.48±32.77	82.74±30.08	47.42±15.86	47.26±22.8	75.19±21.62	72.04±43.97	57.03±19.1	7.03±4.76	5.94±5.32
P/t		0.001*/-6.67	0.001*/-11.59	0.001*/-6.90	0.001*/-5.27	0.001*/-7.03	0.001*/-4.82	0.001*/-3.93	0.001*/-5.21	0.001*/5.41	0.001*/6.68

Tablo 4.7.b. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı – Devam

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
	N	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD
Son bir yılda hastaneye yatma durumu											
Evet	91	19.18±23.12	16.77±32.92	35.61±31.71	30.77±13.48	17.09±16.9	48.18±24.23	31.14±44.39	37.76±17.44	13.07±5.2	13.45±4.86
Hayır	59	58.8±30.88	48.31±46.85	67.37±33.7	42.54±15.74	39.15±22.34	70.39±21.06	61.58±48.27	49.69±19.1	9.12±5.51	8.12±5.57
P/t		0.001*/-8.97	0.001*/-4.84	0.001*/-5.85	0.001*/-4.89	0.001*/-6.87	0.001*/-5.77	0.001*/-3.96	0.001*/-3.94	0.001*/4.43	0.001*/6.19
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı											
Hiç yatmadım	55	58.81±30.64	47.27±47.31	66.59±33.66	42.09±15.92	38.73±22.14	69.6±21.27	60.61±48.47	48.8±18.55	9.2±5.48	8.15±5.7
1-2 kez	57	28.07±25.24	22.39±36.18	47.95±30.31	34.04±13.84	23.77±17.35	57.34±22.62	43.27±47.13	41.82±17.45	11.51±4.91	11.91±4.05
3-5 kez	21	15.71±24.2	23.81±39.11	30.83±32.49	32.14±15.78	14.05±19.4	48.95±24.99	26.98±44.25	41.52±22.25	13.48±5.92	13.57±6.11
5'ten fazla	17	2.94±12.13	0±0	10.15±23.99	22.35±6.15	5±9.84	24.26±12.08	5.88±24.25	25.18±6.89	16.59±4.11	17.12±4.12
P/F		0.001*/28.67	0.001*/7.73	0.001*/16.87	0.001*/9.23	0.001*/7.47	0.001*/20.29	0.001*/7.44	0.001*/7.71	0.001*/10.04	0.001*/16.49
Diyetle uyum durumu											
Evet	88	39.02±31.37	31.82±41.48	50.91±34.91	37.22±14.34	27.67±21.8	57.74±24.92	46.59±47.82	45.27±18.33	11.06±5.42	10.53±5.67
Hayır	62	28.72±33.91	25.43±42.33	44.12±37.28	32.82±16.73	23.06±22.16	55.74±26.25	38.17±48.6	38.45±19.29	12.16±5.95	12.52±5.74
P/t		0.057/1.92	0.358/0.92	0.256/1.14	0.087/1.68	0.208/1.27	0.637/0.47	0.293/1.06	0.030*/2.20	0.24/-1.18	0.038*/2.10
Düzenli ilaç kullanımı											
Evet	131	38.35±32.95	31.5±42.69	51.47±36.16	36.87±15.75	28.13±22.16	58.68±25.63	47.58±48.75	44.85±18.78	10.88±5.61	10.79±5.74
Hayır	19	10.03±16.94	13.16±31.59	24.87±24.46	25.26±8.07	9.47±11.77	44.74±20.55	12.28±29.84	25.89±10.01	15.89±3.74	15.21±4.34
P/t		0.001*/5.86	0.074/2.25	0.001*/4.13	0.001*/5.03	0.001*/5.61	0.025*/2.27	0.001*/4.38	0.001*/6.71	0.001*/-5.08	0.001*/-3.96
Düzenli egzersiz yapma durumu											
Evet	31	69.96±24.91	70.97±41.38	84.68±22.33	45.97±15.89	49.03±21.73	79.94±18.01	81.72±37.36	61.29±16.38	5.97±3.75	4.94±3.12
Hayır	119	25.59±28.01	18.29±34.55	38.58±32.58	32.65±14.18	19.71±17.65	50.92±23.61	33.05±45.62	37.55±16.39	12.96±5.15	13.03±5.08
P/t		0.001*/8.03	0.001*/6.52	0.001*/9.22	0.001*/4.54	0.001*/7.84	0.001*/6.37	0.001*/6.16	0.001*/7.18	0.001*/-8.50	0.001*/-11.11
Sağlık durumu											
İyi	25	78.62±17.03	76.00±43.59	82.8±28.78	54.4±15.16	52.2±18.66	80.62±13.27	78.67±40.69	61.44±15.79	5.08±3.33	3.44±2.26
Orta	57	45.24±27.36	33.36±40.16	59.13±26.69	39.91±11.08	33.95±15.75	64.19±20.88	60.23±47.32	48.77±16.79	9.88±4.39	9.47±4.03
Kötü	68	9.85±14.56	8.46±24.28	26.1±30.61	24.63±8.82	9.19±12.14	42.1±23.05	15.69±34.78	30.18±12.41	15.25±4.36	15.84±3.41
P/F		0.001*/112.49	0.001*/35.61	0.001*/41.94	0.001*/75.43	0.001*/91.45	0.001*/36.62	0.001*/29.69	0.001*/49.33	0.001*/59.97	0.001*/127.18

*p<0.05

Tablo 4.7.b’de SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri ile hastaların hastalıkla ilgili özellikleri arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı incelendiğinde, SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının NYHA kalp yetersizliği sınıflamasına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, NYHA düzeyi arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının düştüğü, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının ise arttığı saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının EF oranlarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, EF oranı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının arttığı, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının düştüğü görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Tanı süresi arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının düştüğü, HAD alt ölçeklerinin puanlarının arttığı saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığı olan hastaların, olmayan hastalara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları düşük, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksek olarak görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Son bir yıl içinde hastaneye yatan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları yatmayanların puan ortalamalarından düşük, yatanların HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları yatmayanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Son bir yılda hastaneye yatış sayısı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının düştüğü, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının da arttığı görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Diyetine uyanların mental sağlık puan ortalaması uymayanların puan ortalamasından yüksek, diyetine uyanların HAD-D puan ortalaması ise diyetine uymayanlardan daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlaçlarını düzenli kullananların fiziksel rol güçlüğü dışındaki SF-36 Yaşam Kalitesi tüm alt ölçeklerinin puan ortalamaları, kullanmayanların puan ortalamalarından daha yüksek, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Düzenli egzersiz yapan hastaların yapmayan hastalara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksek, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları ise daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının sağlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, sağlık durumu kötüleştikçe SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının düştüğü, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının ise arttığı görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7.c. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
	N	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD
Sigara kullanımı											
Kullanıyor	30	62.13±31.91	55.05±47.01	72.35±32.29	42.00±17.5	40.83±21.42	69.78±23.89	60.00±48.26	53.47±19.5	7.57±4.90	6.77±5.33
Kullanmıyor	120	27.92±29.28	22.71±37.93	42.04±34.33	33.75±14.54	22.00±20.55	53.70±24.85	38.89±47.40	39.70±17.88	12.50±5.40	12.5±5.29
P/t		0.001*/5.62	0.001*/3.50	0.001*/4.38	0.009*/2.67	0.001*/4.45	0.002*/3.20	0.031*/2.17	0.001*/3.70	0.001*/-4.55	0.001*/-5.30
Alkol kullanımı											
Kullanıyor	7	53.66±31.36	32.14±47.25	64.64±35.81	37.14±19.12	31.43±29.54	64.29±30.98	42.86±53.45	37.71±22.61	10.57±5.56	10±6.98
Kullanmıyor	143	33.84±32.62	29.03±41.7	47.29±35.88	35.31±15.35	25.49±21.66	56.55±25.19	43.12±48.1	42.69±18.84	11.56±5.67	11.42±5.72
P/t		0.118/1.57	0.848/0.19	0.214/1.25	0.761/0.30	0.487/0.70	0.434/0.79	0.989/-0.01	0.587/-0.68	0.653/-0.45	0.526/-0.64

*p<0.05

4.7.c'de hastaların sigara ve alkol kullanımının SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri ile arasında yapılan analiz sonuçların dağılımı verilmiştir. Sigara kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksek, HAD-A ve HAD-D puan ortalamaları ise düşük olarak bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin, HAD-A ve HAD-D puan ortalamalarında alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 4.7.d. Hastaların Hastalık ile İlgili Yaşadıkları Semptomların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı

	N	SF-36 Fiziksel fonksiyon Ort.±SD	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel) Ort.±SD	SF-36 Ağrı Ort.±SD	SF-36 Genel Sağlık Ort.±SD	SF-36 Vitalite (Enerji) Ort.±SD	SF-36 Sosyal Fonksiyon Ort.±SD	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel) Ort.±SD	SF-36 Mental Sağlık Ort.±SD	HAD-A Ort.±SD	HAD-D Ort.±SD
Yorgunluk											
Var	131	29.05±29.88	25.2±39.52	43.87±34.73	33.09±14.66	21.56±19.21	54.36±24.82	35.88±46.52	38.93±16.98	12.48±5.33	12.42±5.27
Yok	19	74.15±23.38	56.58±47.76	77.26±30.9	51.32±11.16	54.74±18.06	74.5±22.83	92.98±23.78	66.74±13.6	4.84±2.22	4±3.04
P/t		0.001*/-7.56	0.012*/-2.73	0.001*/-3.97	0.001*/-6.37	0.001*/-7.09	0.002*/-3.34	0.001*/-8.40	0.001*/-6.82	0.001*/11.07	0.001*/10.09
Ödem											
Var	64	14.07±20.51	12.91±30.85	25.7±29.32	28.13±14.97	15.23±17.49	49.70±26.91	22.40±40.31	36.13±19.00	14.19±5.35	14.47±5.14
Yok	86	50.16±31.69	41.28±44.85	64.77±31.12	40.81±13.57	33.60±21.81	62.28±22.95	58.53±47.95	47.16±17.62	9.52±5.03	9.03±5.09
P/t		0.001*/-8.45	0.001*/-4.59	0.001*/-7.86	0.001*/-5.42	0.001*/-5.72	0.002*/-3.08	0.001*/-5.00	0.001*/-3.67	0.001*/5.46	0.001*/6.44
Nefes darlığı											
Var	108	21.75±24.91	17.14±34.11	37.13±31.85	30.19±12.71	16.57±15.42	50.08±24.17	31.17±44.72	36.37±16.27	13.39±5.11	13.3±4.92
Yok	42	68.21±26.11	60.12±44.19	76.32±30.25	48.81±13.87	49.4±18.52	74.48±19.57	73.81±43.26	58.10±16.39	6.69±3.83	6.36±4.69
P/t		0.001*/-10.12	0.001*/-5.68	0.001*/-6.86	0.001*/-7.85	0.001*/-11.05	0.001*/-5.83	0.001*/-5.29	0.001*/-7.33	0.001*/8.71	0.001*/7.86
Göğüs ağrısı											
Var	44	11.82±22.44	9.69±26.52	26.7±28.8	26.7±12.94	11.48±15.72	50.99±28.46	15.15±35.55	32±15.84	14.64±4.96	14.55±4.93
Yok	106	44.29±31.65	37.26±44.35	56.99±34.96	39.01±15.05	31.7±21.55	59.37±23.75	54.72±48.07	46.79±18.53	10.22±5.43	10.03±5.58
P/t		0.001*/-7.10	0.001*/-4.69	0.001*/-5.49	0.001*/-5.05	0.001*/-6.40	0.09/-1.86	0.001*/-5.57	0.001*/-4.64	0.001*/4.66	0.001*/4.67
Kilo kaybı											
Var	57	22.89±24.22	15.79±30.85	37.73±34.03	31.49±12.06	16.32±15.57	50.71±26.77	30.99±45.36	36.28±15.93	12.49±5.24	13.18±4.59
Yok	93	42.04±35.18	37.38±45.52	54.46±35.78	37.8±16.85	31.56±23.38	60.72±23.9	50.54±48.56	46.24±19.76	10.91±5.83	10.24±6.13
P/t		0.001*/-3.94	0.001*/-3.46	0.005*/-2.83	0.009*/-2.66	0.001*/-4.79	0.019*/-2.38	0.014*/-2.49	0.001*/-3.39	0.097/1.67	0.001*/3.34
Uyku problemi											
Var	115	25.18±27.5	19.36±34.73	38.41±33.25	31.43±14.01	18.52±17.73	50.65±24.29	32.17±45.01	36.97±16.27	13.1±5.07	13.06±5
Yok	35	66.25±28.79	61.43±47.10	79.94±24.39	48.43±12.76	49.57±17.46	77.5±16.83	79.05±40.49	60.46±15.93	6.29±4.11	5.74±4.4
P/t		0.001*/-7.65	0.001*/-4.89	0.001*/-8.05	0.001*/-6.41	0.001*/-9.10	0.001*/-7.39	0.001*/-5.84	0.001*/-7.51	0.001*/7.26	0.001*/7.79
Aktivite kısıtlığı											
Var	100	16.19±19.68	14.02±30.63	34.41±31.72	29.1±12.7	16.2±16.74	49.81±25.63	28.33±43.78	36.12±16.67	13.68±5.06	13.88±4.67
Yok	50	71.91±19.05	59.5±44.86	75.5±27.33	48±12.62	44.9±18.56	71.12±18.11	72.67±42.96	55.12±16.96	7.18±4.08	6.3±4.21
P/t		0.001*/-16.52	0.001*/-6.46	0.001*/-7.82	0.001*/-8.61	0.001*/-9.54	0.001*/-5.88	0.001*/-5.88	0.001*/-6.54	0.001*/7.89	0.001*/9.67
İştahsızlık											
Var	88	24.36±30.46	21.02±37.69	38.3±36.07	31.42±13.9	18.3±20.08	51.31±26.67	30.3±44.82	37.91±17.89	13±5.6	13.02±5.59
Yok	62	49.53±30.26	40.75±44.84	62.02±31.07	41.05±15.94	36.37±20.29	64.86±21.29	61.29±47.22	48.9±18.73	9.4±5.05	8.98±5.18
P/t		0.001*/-4.97	0.005*/-2.83	0.001*/-4.20	0.001*/-3.93	0.001*/-5.41	0.001*/-3.22	0.001*/-4.08	0.001*/-3.64	0.001*/4.03	0.001*/4.49

Tablo 4.7.d'de hastaların hastalık ile ilgili yaşadıkları semptomların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri, HAD-A ve HAD-D ile ilişkisine bakıldığında, semptomların görüldüğü hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları görülmeyenlerin puan ortalamalarından düşük, kilo kaybının görüldüğü hastaların HAD-A puanları hariç diğer tüm semptomların görüldüğü hastaların HAD-A ve HAD-D puan ortalamaları görülmeyenlerin puan ortalamalarından yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.7.e. Hastaların Bakımverenlerinden Yardım Aldıkları Konuların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı

N	SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D	
	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	
Hastane işlemleri											
Evet	142	33.02±31.49	27.3±40.59	46.98±35.6	34.93±15.29	24.61±20.92	55.45±25.08	41.55±48	41.92±18.78	11.66±5.55	11.56±5.61
Hayır	8	65.63±41.01	62.5±51.75	68.13±38.54	43.75±17.47	46.25±31.25	82.81±16.28	70.83±45.21	52±21.17	8.88±7.06	7.63±7.46
P/t		0.006*/-2.80	0.020*/-2.35	0.106/-1.63	0.117/-1.58	0.092/-2.77	0.003*/-3.04	0.114/-1.68	0.144/-1.47	0.175/1.36	0.06/1.90
İlaç alma											
Evet	119	29.96±30.77	23.95±38.56	44.35±35.56	33.11±13.73	22.06±20.01	52.57±24.64	36.13±47.06	40.07±17.41	12.29±5.34	12.33±5.32
Hayır	31	53.19±33.99	49.24±48.03	62.52±34.26	44.19±18.62	40.00±23.73	73.58±21.38	69.89±43.34	51.61±22.04	8.52±5.90	7.61±5.94
P/t		0.001*/-3.66	0.002*/-2.71	0.012*/-2.55	0.001*/-3.70	0.001*/-4.27	0.001*/-4.34	0.001*/-3.79	0.002*/-2.71	0.001*/3.43	0.001*/4.29
Ev işleri											
Evet	75	23.53±26.67	20.69±35.91	36.27±31.5	30.8±14.59	19.2±18.6	48.91±22.44	35.56±46.28	39.95±17.49	13.32±5.01	12.87±5.31
Hayır	75	45.99±34.5	37.67±45.65	59.93±36.41	40±15.04	32.33±23.25	64.91±25.83	50.67±49.12	44.96±20.15	9.71±5.7	9.84±5.84
P/t		0.001*/-4.46	0.012*/-2.53	0.001*/-4.26	0.001*/-3.80	0.001*/-3.82	0.001*/-4.05	0.054/-1.94	0.106/-1.63	0.001*/4.12	0.001*/3.32
Alışveriş											
Evet	99	29.54±29.64	21.23±35.95	41.9±34.32	32.73±14.43	22.07±19.94	51.26±24.21	38.05±47.62	41.94±18.4	12.34±5.29	12.25±5.27
Hayır	51	44.9±36.21	44.61±48.04	60.15±36.3	40.59±16.24	32.94±24.15	67.89±24.27	52.94±48.16	43.45±20.18	9.9±6.03	9.61±6.32
P/t		0.011/-2.61	0.001*/-3.06	0.003*/-3.02	0.003*/-3.03	0.004*/-2.77	0.001*/-3.98	0.073/-1.81	0.645/-0.46	0.012*/2.55	0.007*/2.72
Beslenme											
Evet	66	11.52±19.35	15.15±33.93	29.09±31.8	28.56±12.15	13.64±17.06	44.51±22.91	23.74±40.83	34.18±15.38	14.26±4.8	14.74±4.42
Hayır	84	53.03±29.37	40.2±44.23	63.04±31.84	40.77±15.74	35.3±20.77	66.66±23.02	58.33±48.23	48.95±19.07	9.36±5.35	8.69±5.29
P/t		0.001*/-10.40	0.001*/-3.92	0.001*/-6.49	0.001*/-5.20	0.001*/-7.01	0.001*/-5.86	0.001*/-4.75	0.001*/-5.25	0.001*/5.83	0.001*/7.47
Bireysel temizlik ve bakım											
Evet	79	12.53±16.85	11.41±29.63	29.59±29.34	28.23±12.4	13.04±15.26	43.27±22.12	21.1±39.29	35.14±15.54	14.09±4.72	14.57±4.19
Hayır	71	59.5±28.03	48.94±44.61	68.7±31.2	43.38±14.68	39.93±19.59	72.09±19.64	67.61±45.42	50.59±19.22	8.65±5.22	7.77±5.14
P/t		0.001*/-12.27	0.001*/-6.00	0.001*/-7.91	0.001*/-6.85	0.001*/-9.30	0.001*/-8.40	0.001*/-6.67	0.001*/-5.38	0.001*/6.70	0.001*/8.91
Maddi destek sağlama											
Evet	92	30.00±30.84	19.84±35.65	38.62±33.68	33.04±14.79	20.49±19.50	53.02±24.95	36.96±47.00	39.91±18.73	12.84±5.31	12.59±5.5
Hayır	58	42.32±34.46	43.99±46.64	63.15±34.51	39.14±15.93	34.14±23.27	63.09±25.12	52.87±48.78	46.48±18.8	9.41±5.58	9.4±5.68
P/t		0.024*/-12.27	0.001*/-6.00	0.001*/-7.91	0.018*/-6.85	0.001*/-9.30	0.018*/-8.40	0.048*/-6.67	0.038*/-5.38	0.001*/6.70	0.001*/8.91

Tablo 4.7.e.'de hastaların bakımverenlerinden yardım aldıkları konuların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri ile ilişkisi incelendiğinde, hastane işlemlerinde bakımverenlerinden yardım alan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü puan ortalamaları yardım almayan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların ilaçlarını almada bakımverenlerinden yardım alanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları, almayanların puan ortalamasında daha düşük, ilaçlarını almada bakımverenlerinden yardım alanların HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları ise almayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Ev işlerinde ve alışverişte bakımverenlerinden yardım alan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon puan ortalamaları yardım almayan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları ise almayanlardan daha yüksek olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Beslenme, bireysel temizlik ve bakım ile maddi destek sağlama konularında bakımverenlerinden yardım alan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları yardım almayanların puan ortalamalarından daha düşük, yardım alanların HAD alt ölçeklerinin puan ortalamaları almayanların puan ortalamalarından yüksek olarak bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4.8.a. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi

	SF-36 Fiziksel fonksiyon (R ² =0.757)			SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel) (R ² =0.511)			SF-36 Ağrı (R ² =0.581)			SF-36 Genel Sağlık (R ² =0.396)			SF-36 Vitalite (Enerji) (R ² =0.595)			SF-36 Sosyal Fonksiyon (R ² =0.512)			SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel) (R ² =0.466)			SF-36 Mental Sağlık (R ² =0.466)		
	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
Cinsiyet	-	-	-	0.281	3.56	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yaş	-0.216	-3.79	0.001	0.225	2.51	0.014	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eğitim durumu	-	-	-	-	-	-	0.460	6.23	0.001	-	-	-	0.218	2.84	0.006	-	-	-	0.368	4.17	0.001	-	-	-
Meslek durumu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.166	-2.05	0.044
Çalışma durumu	-	-	-	-	-	-	-0.250	-3.38	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gelir - gider durumu	0.139	2.41	0.018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BKİ	-	-	-	0.259	3.28	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NYHA	-0.159	-2.36	0.020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.309	-3.16	0.002	-	-	-
Kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı	-	-	-	-0.381	-4.79	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.193	-2.45	0.016	-	-	-	-	-	-

Tablo 4.8.a. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi –Devam

	SF-36 Fiziksel fonksiyon			SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel)			SF-36 Ağrı			SF-36 Genel Sağlık			SF-36 Vitalite (Enerji)			SF-36 Sosyal Fonksiyon			SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel)			SF-36 Mental Sağlık		
	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	-	-	-	0.254	3.21	0.002	-0.264	-3.54	0.001	-	-	-	-	-	-	-0.363	-4.36	0.001	-	-	-	-	-	-
Diyete uyum durumu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.295	3.33	0.001	-	-	-
Sağlık durumu	-0.161	-2.31	0.024	-0.034	-4.03	0.001	-	-	-	-0.412	-4.65	0.001	-0.286	-3.71	0.001	-	-	-	-0.226	-2.35	0.021	-0.455	-5.54	0.001
Şigara kullanımı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.176	2.15	0.034	-	-	-
Ödem	0.129	2.04	0.044	-	-	-	-	-	-	0.241	2.81	0.006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefes darlığı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.201	2.34	0.021	0.259	3.55	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Göğüs ağrısı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.197	2.78	0.007	-0.018	-2.18	0.032	0.188	2.12	0.037	-	-	-
Uyku problemi	0.213	3.79	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.282	3.94	0.001	0.203	2.63	0.010	-	-	-	0.308	3.89	0.001
Aktivite kısıtlılığı	0.309	4.53	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
İlaç alma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.179	-2.25	0.027
Alışveriş	-	-	-	0.201	2.55	0.013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.248	3.14	0.002	-	-	-	-	-	-
Beslenme	0.164	2.52	0.013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bireysel temizlik ve bakım	-	-	-	-	-	-	0.195	2.62	0.010	-	-	-	-	-	-	0.252	3.08	0.003	-	-	-	-	-	-

*p<0.05

Tablo 4.8.a'da hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri arasındaki ilişkinin çok değişkenli regresyon analizi yer almaktadır. Erkeklerin kadınlara göre, fiziksel rol güçlüğü ve ağrı puan ortalamalarının daha yüksek ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre cinsiyetin fiziksel rol güçlüğü ($p=0.001$ $\beta=0.281$) puanını etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş gruplarında tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre yaşın fiziksel fonksiyon ($p=0.001$ $\beta=-0.216$) ve fiziksel rol güçlüğü ($p=0.014$ $\beta=0.225$) puanlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının arttığı görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizinde eğitim durumu, ağrı ($p=0.001$ $\beta=0.460$), vitalite ($p=0.006$ $\beta=0.218$) ve emosyonel rol güçlüğü ($p=0.001$ $\beta=0.368$) ile anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Memur ve işçi olanların, emekli, ev hanımı ve diğer meslek grubunda olanlara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizinde meslek, mental sağlık ile ($p=0.044$ $\beta=-0.166$) anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireylerin bir işte çalışma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde, bir işte çalışanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, çalışma durumunun ağrı ($p=0.001$ $\beta=-0.250$) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Gelir gider durumuna göre, hastaların emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçekleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, gelir gider durumu, fiziksel fonksiyon ($p=0.018$ $\beta=0.139$) ile anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Fiziksel rol güçlüğü ve ağrı ölçekleri puan ortalamalarının BKİ'ne göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, BKİ arttıkça fiziksel rol güçlüğü ve ağrı puanlarının arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, BKİ fiziksel rol güçlüğü ($p=0.001$ $\beta=0.259$) ile anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının NYHA kalp yetersizliği sınıflamasına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, NYHA düzeyi arttıkça SF-36 T-Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının da düştüğü görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizinde

NYHA, fiziksel fonksiyon ($p=0.020$ $\beta=-0.159$) ve emosyonel rol güçlüğü ($p=0.002$ $\beta=-0.309$) ile anlamlı bulunmuştur.

Kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığı olan hastaların, olmayan hastalara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizinde ek hastalık varlığı fiziksel rol güçlüğü ($p=0.001$ $\beta=-0.381$) ve sosyal fonksiyon ($p=0.016$ $\beta=-0.193$) ile anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Son bir yılda hastaneye yatış sayısı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının düştüğü görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, yatış sayısının, fiziksel rol güçlüğü ($p=0.002$ $\beta=0.254$), ağrı ($p=0.001$ $\beta=-0.264$) ve sosyal fonksiyon ($p=0.001$ $\beta=-0.363$) ile anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Diyetine uyanların mental sağlık puan ortalaması, uymayanların puan ortalamasından yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizinde diyetine uyum durumunun, emosyonel rol güçlüğü ($p=0.001$ $\beta=0.295$) ile anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının sağlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, sağlık durumu kötüleştikçe SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının da düştüğü görülmüş, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık durumunun, fiziksel fonksiyon ($p=0.024$ $\beta=-0.161$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0.001$ $\beta=-0.034$), genel sağlık ($p=0.001$ $\beta=-0.412$), vitalite ($p=0.001$ $\beta=-0.286$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0.021$ $\beta=-0.226$) ve mental sağlık ($p=0.001$ $\beta=-0.455$) ile anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sigara kullanan hastaların kullanmayanlara hastalara göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksek olarak bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre sigara kullanımının, emosyonel rol güçlüğü ($p=0.034$ $\beta=0.176$) ile anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Ödemi olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının, olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon ($p=0.044$ $\beta=0.129$), genel sağlık ($p=0.006$ $\beta=0.241$) alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Nefes darlığı olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, genel sağlık ($p=0.021$ $\beta=0.201$) ve vitalite ($p=0.001$ $\beta=0.259$) alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Göğüs ağrısı olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının, olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre vitalite ($p=0.007$ beta=0.197), sosyal fonksiyon ($p=0.032$ beta=-0.018) ve emosyonel rol güçlüğü ($p=0.037$ beta=0.188) alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Uyku problemi olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının, olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre fiziksel fonksiyon ($p=0.001$ beta=0.213), vitalite ($p=0.001$ beta=0.282), sosyal fonksiyon ($p=0.010$ beta=0.203) ve mental sağlık ($p=0.001$ beta=0.308) alt ölçekleri arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Aktivite kısıtlılığı olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının, olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon ($p=0.001$ beta=0.309) alt ölçeği ile arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

İlaçlarını almada bakımverenlerinden yardım alan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları, almayanların puan ortalamasında daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, mental sağlık ($p=0.027$ beta=-0.179) alt ölçeği tek başına istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Alışverişte bakımverenlerinden yardım alan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon puan ortalamaları yardım almayan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, fiziksel rol güçlüğü ($p=0.013$ beta=0.201), sosyal fonksiyon ($p=0.002$ beta=0.248) alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Beslenmesinde bakımverenlerinden yardım alan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının, yardım almayanların puan ortalamalarından daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre fiziksel fonksiyon ($p=0.013$ beta=0.164) alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireysel temizlik ve bakım konularında bakımverenlerinden yardım alan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları, yardım almayanların, puan ortalamalarından daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, ağrı ($p=0.010$ beta=0.195) ve sosyal fonksiyon ($p=0.003$ beta=0.252) alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8.b. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile HAD Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi

		HAD-A (R ² =0.538)			HAD-D (R ² =0.625)		
		Beta	t	p	Beta	t	p
	Eğitim durumu	-0.264	-3.02	0.003	-0.162	-2.14	0.035
	BKİ	-0.152	-2.01	0.048	-0.267	-3.99	0.001
	NYHA	-	-	-	0.194	2.56	0.012
	Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	0.178	2.09	0.039	-	-	-
	Düzenli egzersiz yapma durumu	-	-	-	0.191	2.47	0.015
	Sağlık durumu	0.212	2.43	0.017	0.413	5.04	0.001
	Nefes darlığı	-0.208	-2.62	0.010	-	-	-
	Kilo kaybı	0.219	2.75	0.007	-	-	-
	Maddi destek sağlama	-0.210	-2.69	0.009	-	-	-

Tablo 4.8.b’de hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleriyle HAD alt ölçekleri arasındaki ilişkinin çok değişkenli regresyon analizi yer almaktadır. Eğitim durumunun anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça HAD alt ölçeklerinin puanlarının düştüğü bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, eğitim durumunun HAD-A ($p=0.003$ beta=-0.264) ve HAD-D ($p=0.035$ beta=-0.162) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

HAD-D Ölçeği puan ortalamasının BKİ’ne göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, BKİ arttıkça HAD-D puanlarının düştüğü görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, BKİ HAD-A ($p=0.048$ beta=-0.152) ve HAD-D ($p=0.001$ beta=-0.267) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının NYHA kalp yetersizliği sınıflamasına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, NYHA düzeyi arttıkça HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının arttığı saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizinde NYHA, HAD-D ($p=0.012$ beta=0.194) ile tek başına anlamlı bulunmuştur.

Son bir yılda hastaneye yatış sayısı arttıkça, HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının da arttığı görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, hastaneye yatış sayısının, HAD-A ($p=0.039$ beta=0.178) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Düzenli egzersiz yapan hastaların, yapmayan hastalara göre HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizinde egzersiz

durumu, HAD-D ($p=0.015$ $\beta=0.191$) alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının sağlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, sağlık durumu kötüleştikçe HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının arttığı görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, sağlık durumu HAD-A ($p=0.017$ $\beta=0.212$) ve HAD-D ($p=0.001$ $\beta=0.413$) alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Nefes darlığı yaşayan hastaların HAD alt ölçekleri puan ortalamalarının, olmayanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, HAD-A ($p=0.010$ $\beta=-0.208$) alt ölçeği arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Kilo kaybı olan hastaların HAD-D alt ölçeği puan ortalamalarının, olmsayanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, HAD-A ($p=0.007$ $\beta=0.219$) alt ölçeği arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Maddi destek sağlamada bakımverenlerinden yardım alan hastaların HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının, olmayanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, HAD-A ($p=0.009$ $\beta=-0.210$) alt ölçeği arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.9.a. Bakımverenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol güclüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Güclüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
	N	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD
Cinsiyet											
Kadın	113	69.96±24.807	51.99±46.187	58.32±34.807	48.32±14.152	37.05±21.756	62.5±29.7872	44.87±47.062	45.65±18.308	11.22±4.531	9.7±5.308
Erkek	37	81.08±24.92	62.84±46.63	75.68±32.273	44.19±15.702	44.19±24.081	71.932±26.7559	62.16±47.247	43.92±20.662	9.35±5.073	8.32±5.593
P/t		0.019*/-2.37	0.218/-1.24	0.008*/-2.68	0.136/1.50	0.094/-1.69	0.089/-1.71	0.055/-1.94	0.63/0.48	0.036*/2.12	0.179/1.35
Yaş											
55 yaş altı	105	82.43±16.71	64.05±44.66	71.33±33.23	49.67±13.84	42.3±21.49	67.85±29.77	56.54±47.35	46.16±18.69	10.24±4.72	8.33±5.37
55-65	36	53.33±27.41	37.5±45.71	43.4±31.21	44.03±15.58	31.67±24.2	57.64±27.43	33.33±44.37	44.22±20.15	11.75±4.75	11.86±4.68
65 yaş üstü	9	36.67±23.05	13.89±25.34	37.5±26.72	32.78±7.95	26.67±17.14	58.33±27.24	25.93±43.39	38.33±15.39	12.89±3.72	11.33±5.02
P/F		0.001*/43.31	0.001*/8.96	0.001*/12.81	0.001*/7.3	0.011*/4.61	0.155/1.89	0.012*/4.54	0.461/0.78	0.095/2.39	0.001*/6.88
Medeni durum											
Evli	114	69.43±26.33	49.12±46.077	58.31±35.226	46.45±14.615	35.72±21.795	64.026±27.3838	44.48±47.458	45.08±19.219	11.19±4.622	9.62±5.203
Bekar	36	83.06±17.979	72.22±43.416	76.18±30.534	50±14.442	48.61±22.091	67.361±34.8822	63.89±45.338	45.67±17.924	9.39±4.842	8.53±5.959
P/t		0.004*/-2.90	0.009*/-2.66	0.007*/-2.74	0.204/-1.28	0.002*/-3.09	0.553/-0.60	0.032*/-2.16	0.872/-0.16	0.045*/2.02	0.290/1.06
Eğitim durumu											
Okur-yazar değil	13	41.54±26.17	30.77±44.67	40.38±35.28	38.08±16.65	24.62±15.87	67.31±30.42	56.41±43.85	45.23±17.31	12.08±4.75	13±3.7
Okur-yazar	5	47.5±27.54	18.75±37.5	33.75±21.46	36.25±2.5	17.5±15	59.38±11.97	25±50	31±16.77	15.25±3.2	13.5±3.51
İlkokul	55	65.55±25.16	40.91±45.23	52.18±35.06	45.18±13.98	33.3±19.03	58.39±27.75	32.19±44.84	43.46±17.18	12.02±4.29	10.55±4.94
Ortaokul	17	77.94±19.04	64.71±46.82	72.35±29.95	44.41±16.38	42.35±20.01	76.47±22.48	66.67±42.49	46.65±16.34	9.59±4.35	8.35±5.73
Lise	26	83.46±18.32	66.35±44.69	72.88±29.48	50±12.65	48.46±25.8	69.23±28.77	56.41±49.68	43.69±21.16	8.77±4.68	8.04±4.9
Üniversite ve üzeri	34	87.94±13.88	77.21±39.1	77.5±31.99	55.59±11.79	47.5±22.4	67.28±33.71	63.73±46.69	50.82±20.99	9.53±4.68	6.79±5.48
P/F		0.001*/12.87	0.001*/4.75	0.001*/5.18	0.001*/4.81	0.001*/5.14	0.263/1.31	0.011*/3.09	0.306/1.21	0.004*/3.66	0.001*/4.75

Tablo 4.9.a. Bakımverenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı – Devam

	N	SF-36 Fiziksel fonksiyon Ort.±SD	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel) Ort.±SD	SF-36 Ağrı Ort.±SD	SF-36 Genel Sağlık Ort.±SD	SF-36 Vitalite (Enerji) Ort.±SD	SF-36 Sosyal Fonksiyon Ort.±SD	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel) Ort.±SD	SF-36 Mental Sağlık Ort.±SD	HAD-A Ort.±SD	HAD-D Ort.±SD
Meslek											
Memur	26	85.58±14.17	64.42±45.37	71.83±33.02	53.08±13.04	41.35±20.81	63.94±31.69	55.13±49.84	44.46±20.53	10.19±4.32	7.35±5.04
İşçi	10	87.00±12.29	57.50±50.07	75.75±33.69	47.50±13.39	48.00±17.51	66.15±24.35	56.67±49.81	47.6±18.03	7.9±3.00	6.9±4.31
Emekli	28	59.11±28.42	38.39±46.39	46.88±29.65	42.50±16.64	34.11±27.52	63.84±26.21	40.48±46.58	43.61±17.93	12±4.78	11.64±5.65
Ev hanımı	53	62.92±25.93	50.47±45.86	53.77±34.12	46.23±13.86	35.88±20.06	64.39±27.78	45.91±47.69	47.37±19.25	11.26±4.53	9.98±4.87
Diğer	33	85.45±17.34	66.67±44.49	78.86±33.59	48.48±14.60	42.73±23.55	66.67±34.61	54.66±46.88	43.03±18.57	10.21±5.41	8.76±5.85
P/F		0.001*/10.94	0.120/1.86	0.001*/5.45	0.106/1.95	0.276/1.29	0.995/0.05	0.689/0.56	0.824/0.38	0.133/1.79	0.017*/3.13
Çalışma durumu											
Çalışıyor	62	84.52±15.276	61.29±45.646	71.01±33.664	49.92±13.565	42.26±20.177	66.718±28.8948	57.05±46.442	45.03±17.917	9.69±4.163	7.82±4.779
Çalışmıyor	88	64.38±27.489	50±46.578	56.68±34.738	45.45±15.098	36.38±23.785	63.494±29.6181	43.56±47.775	45.36±19.596	11.51±4.967	10.44±5.562
P/t		0.001*/5.73	0.143/1.47	0.013/2.52	0.065/1.86	0.115/1.58	0.508/0.66	0.087/1.72	0.918/-0.10	0.020/-2.36	0.003/-3.01
Sosyal güvence											
Var	137	72.52±24.994	53.47±46.295	61.13±34.814	47.15±14.512	39.1±22.62	65.321±28.1154	49.66±47.479	45.6±18.589	10.69±4.614	9.21±5.167
Yok	13	71.82±30.271	61.36±49.198	75±35.514	46.36±16.293	36.36±23.355	53.409±41.1138	42.42±49.645	42.18±22.794	12.18±6.096	12±7.537
P/t		0.930/0.08	0.589/-0.54	0.206/-1.27	0.864/0.17	0.701/0.39	0.195/1.30	0.628/0.49	0.565/0.58	0.317/-1.00	0.099/0.04
Gelir-gider durumu											
Gelir giderden az	40	65.13±27.792	56.52±45.674	56.81±37.219	42.13±16.008	35.38±22.91	65.913±29.2826	44.17±46.769	43.7±19.833	11.25±5.062	10.1±5.812
Gelir gidere eşit ve fazla	110	75.45±23.75	55.91±46.05	67.70±33.96	49.18±13.66	40.06±22.29	64.43±29.39	50.94±47.90	45.78±18.56	10.58±4.60	9.09±5.24
P/t		0.026*/-1.82	0.588/-0.60	0.222/-1.16	0.008/-2.29	0.260/-0.85	0.785/0.12	0.442/-0.69	0.553/-0.69	0.445/0.55	0.313/0.87
Hastalık varlığı											
Var	79	58.16±25.76	34.18±42.21	45.82±32.147	40.89±14.272	29.87±20.847	61.234±27.7779	35.02±44.305	42.34±18.088	12.37±4.383	11.44±4.966
Yok	71	88.87±10.495	77.46±39.901	81.27±27.774	54.44±11.356	48.76±20.027	68.824±30.5396	64.84±46.353	48.43±19.305	8.97±4.462	7.04±4.909
P/t		0.001*/-9.37	0.001*/-6.44	0.001*/-7.19	0.001*/-6.39	0.001*/-5.64	0.113/-1.59	0.001*/-4.03	0.048*/-1.99	0.001*/4.70	0.001*/5.45
Sağlık durumu											
İyi	49	89.90±9.33	85.71±34.23	86.94±23.9	58.16±9.34	53.61±19.32	77.28±29.73	68.78±45.23	53.52±17.96	8.12±4.46	5.78±5.04
Orta	79	69.87±23.19	47.47±44.32	57.72±31.78	45.70±12.11	36.20±19.62	62.03±26.05	45.15±46.54	43.71±18.51	11.33±4.36	9.84±4.21
Kötü	22	44.55±27.64	11.36±29.61	25.91±26.59	28.86±11.33	15.23±13.58	47.16±28.59	19.7±38.02	32.18±12.86	14.59±3.1	15.64±3.23
P/F		0.001*/38.5	0.001*/29.86	0.001*/36.75	0.001*/54.02	0.001*/33.34	0.001*/9.85	0.001*/9.69	0.001*/11.73	0.001*/19.24	0.001*/39.46

Tablo 4.9.a'da SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri ile bakımverenlerin tanıtıcı özellikleri arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı verilmiştir. Erkeklerin kadınlara göre, fiziksel fonksiyon ve ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve HAD-A'da ise kadınların puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma gruplarında yaş arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarında azalma, HAD-D'de ise artış olduğu saptanmış, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve HAD-D ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Evli olanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları, bekar olanlardan daha düşük, HAD-A puan ortalamalarında ise evlilerin puan ortalamalarının, bekarlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evli olanların, bekar olanlara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve HAD-A ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü, HAD-A ve HAD-D ölçekleri puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça SF-36 yaşam kalitesi alt ölçekleri puan ortalamalarının arttığı, HAD-A ve HAD-D puan ortalamalarının düştüğü görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Fiziksel fonksiyon, ağrı ve HAD-D ölçekleri puan ortalamalarının mesleğe göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bireylerin çalışma durumuna göre yaşam kalitesine bakıldığında, bir işte çalışanların fiziksel fonksiyon, ağrı puan ortalamaları çalışmayanlardan yüksek, çalışanların HAD-A ve HAD-D ölçekleri puan ortalamalarının, çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sosyal güvencesi olanlarla olmayanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları ve HAD alt ölçekleri puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır.

Gelir gider durumuna göre, bakımverenlerin fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt ölçekleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bakımverenler hastalık varlığına göre incelendiğinde, sosyal fonksiyon alt ölçeği dışında hastalık varlığı olanların tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu, HAD-A ve HAD-D puanlarının hastalık varlığı olanlarda olmayanlara göre yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bakımverenlerin sağlık durumu kötüleştikçe SF-36 Yaşam Kalitesi leği puanları düştüğü, HAD-A ve HAD-D lekleri ortalama puanlarının da artmakta olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.9.b. Bakımverenlerin Hasta ile İlişkili Özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkinin Dağılımı

	N	SF-36 Fiziksel fonksiyon Ort.±SD	SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel) Ort.±SD	SF-36 Ağrı Ort.±SD	SF-36 Genel Sağlık Ort.±SD	SF-36 Vitalite (Enerji) Ort.±SD	SF-36 Sosyal Fonksiyon Ort.±SD	SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel) Ort.±SD	SF-36 Mental Sağlık Ort.±SD	HAD-A Ort.±SD	HAD-D Ort.±SD
Hasta ile birlikte yaşama durumu											
Evettir	119	70.71±26.683	53.15±46.664	62.73±35.762	46.72±14.75	38.54±22.726	63.542±29.6783	50.45±47.48	45.88±18.256	10.97±4.732	9.44±5.667
Hayır	31	80.32±16.78	60.48±45.54	62.1±31.971	49.52±14.045	39.84±21.851	69.758±27.533	44.09±48.218	42.71±21.151	9.97±4.68	9.06±4.25
P/t		0.016*/1.91	0.435/-0.78	0.929/0.09	0.345/-0.95	0.776/-0.29	0.294/-1.05	0.509/0.66	0.407/0.83	0.296/1.05	0.733/0.34
Yakınlık derecesi											
Eş	59	61.1±28.21	41.1±45.43	54.11±35.12	45.68±15.49	33.33±21.08	59.09±25.51	40.68±47.17	46.16±18.83	11.85±4.38	10.37±5.35
Çocuk	63	84.52±15.65	65.48±45.22	72.86±32.14	49.29±13.7	44.84±21.89	67.86±31.65	61.96±45.85	45.02±19.54	9.57±4.99	8.43±5.43
Diğer	28	71.73±23.28	59.62±44.76	57.5±35.83	46.15±14.79	38.65±23.73	69.23±31.07	41.03±47.43	45.08±17.76	10.92±4.27	9.12±5.24
P/F		0.001*/16.23	0.011*/4.61	0.008*/5	0.362/1.02	0.017*/4.21	0.175/1.76	0.026*/3.73	0.939/0.06	0.027*/3.71	0.136/2.03
Aile içinde sorumluluk alma											
Aile reisi	22	75±28.49	48.86±49.09	70.68±35.47	41.82±17.76	38.86±24.2	73.82±25.58	46.97±48.97	39.14±21.09	10±5.36	9.23±5.79
Ev hanımı	102	67.21±24.88	47.06±45.91	53.9±33.45	46.47±13.83	34.43±20.38	60.42±27.93	40.56±46.32	44.61±18	11.68±4.27	10.25±4.97
Çocuk	23	92.61±8.51	90.22±28.94	92.93±15.22	54.57±12.33	55.65±21.07	74.46±33.81	82.61±36.05	53.04±18.54	7.57±4.81	6.39±5.67
Diğer	3	90±13.23	83.33±14.43	66.67±57.74	60±5	58.33±28.87	75±43.3	100±0	50.67±22.74	9.67±4.04	2.67±1.53
P/F		0.001*/7.89	0.001*/6.58	0.001*/9.78	0.009*/4.03	0.001*/7.13	0.063/2.49	0.001*/6.77	0.084/2.26	0.001*/5.49	0.002*/5.21
Evde bakmakla sorumlu olduğu başka birey											
Var	37	83.11±17.925	67.57±44.435	69.32±34.804	51.22±15.873	45.72±22.766	73.959±27.0761	58.56±49.32	52.06±18.68	9.59±4.787	7.27±5.258
Yok	113	69.29±26.363	50.44±46.409	60.4±34.815	46.02±14.002	36.55±22.019	61.836±29.45	46.05±46.754	42.98±18.452	11.14±4.66	10.04±5.282
P/t		0.004*/3.59	0.051/1.97	0.178/1.35	0.06/1.90	0.031*/2.18	0.028*/2.22	0.166/1.39	0.011*/2.59	0.084/-1.74	0.006*/-2.78
Hastanın bakımını diğer yakınıyla paylaşma											
Paylaşıyor	88	74.77±25.131	57.39±45.194	63.86±35.89	47.1±14.734	40.11±23.366	65.33±30.4863	53.83±48.016	47.1±19.841	10.33±5.067	9.02±5.289
Paylaşmıyor	62	69.76±25.244	50.81±48.114	60.81±33.678	47.58±14.535	36.96±21.212	64.113±27.6731	42.47±46.428	42.55±17.174	11.37±4.15	9.84±5.546
P/t		0.232/1.20	0.394/0.86	0.599/0.53	0.844/-0.20	0.400/0.86	0.803/0.25	0.15/1.45	0.146/1.46	0.184/-1.33	0.363/-0.91
Hastahkla ilgili bilgi varlığı											
Var	75	81.8±18.81	63.33±46.012	69.5±30.836	51.07±13.313	44.8±22.712	63.487±30.809	49.83±49.08	47.96±21.278	9.89±4.831	8.15±5.193
Yok	75	63.6±27.541	46.00±45.404	55.7±37.504	43.53±14.95	32.82±20.715	66.167±27.7821	48.44±46.27	42.49±15.754	11.63±4.477	10.57±5.35
P/t		0.001*/4.73	0.022*/2.32	0.015*/2.46	0.001*/3.26	0.001*/3.37	0.577/-0.56	0.859/0.18	0.075/1.79	0.024*/-2.28	0.005*/-2.82
Evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılar											
Var	97	69.12±25.901	49.74±45.998	54.9±34.509	44.48±14.022	33.81±21.259	57.861±28.716	41.62±46.373	41.61±17.913	12.09±4.484	10.85±5.247
Yok	53	79.25±22.71	63.68±46.141	76.7±31.309	52.45±14.366	47.96±21.955	77.575±25.9967	62.89±46.986	51.84±18.914	8.32±4.173	6.64±4.57
P/t		0.018*/-2.39	0.078/-1.77	0.001*/-3.82	0.001*/-3.30	0.001*/-3.85	0.001*/-4.15	0.008*/-2.67	0.001*/-3.28	0.001*/5.05	0.001*/4.90
Tedavi ile ilgili yaşanan sıkıntılar											
Var	146	72.53±25.252	54.79±46.267	62.71±35.16	47.33±14.764	38.64±22.598	65.318±29.3534	49.8±47.479	44.9±18.731	10.81±4.717	9.38±5.4
Yok	4	78.75±26.575	50±57.735	58.75±27.5	46.25±7.5	45±19.149	46.875±21.3478	25±50	57±22.716	9±5.292	8.75±5.909
P/t		0.628/0.49	0.839/-0.20	0.824/-0.22	0.885/-0.15	0.579/0.56	0.215/-1.25	0.305/-1.03	0.207/1.27	0.452/-0.75	0.82/-0.23

Tablo 4.9.b'de bakımverenlerin hasta ile ilişkili özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri ile ilişkisinin dağılımı incelendiğinde, hasta ile birlikte yaşayanların, fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının, yaşamayanlara göre daha düşük olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların çocuklarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamalarının hastaların eşlerinden ve diğer yakınlarından daha yüksek olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hastaların eşlerinde ise HAD-A puan ortalaması çocuklarından ve diğer yakınlarından daha yüksek saptanmış ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakımverenlerin aile içinde aldıkları sorumluluklara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, ağrı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü, HAD-A ve HAD-D ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

HAD-D puan ortalamaları evde bakımıyla sorumlu olduğu başka birey olan bakımverenlerin, olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Evde bakımıyla sorumlu olduğu başka birey olan bakımverenlerin, olmayanlara göre fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve HAD-D ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının evde hastanın bakımını paylaşma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür.

Hastalıkla ilgili bilgisi olan bakımverenlerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite ve genel sağlık puan ortalamaları, bilgisi olmayanların puan ortalamasından yüksek, bilgisi olanların HAD-A ve HAD-D puan ortalamalarının olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Evde hastasıyla ilgili sıkıntı yaşayanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının, yaşamayanlara göre daha düşük olduğu, HAD-A ve HAD-D de ise yaşayanların yaşamayanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sıkıntı yaşayan bakımverenlerin, yaşamayanlara göre fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü, mental sağlık, HAD-D ve HAD-A ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının ve HAD alt ölçeklerinin puan ortalamalarının tedavi süreci ile sıkıntı yaşayanların, yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür.

Tablo 4.9.c. Bakımverenlerin Tedavi Süreci ile Yaşadıkları Sıkıntıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği ile İlişkisinin Dağılımı

		SF-36 Fiziksel fonksiyon	SF-36 Rol gücüğü (Fiziksel)	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık	SF-36 Vitalite (Enerji)	SF-36 Sosyal Fonksiyon	SF-36 Rol Gücüğü (Emosyonel)	SF-36 Mental Sağlık	HAD-A	HAD-D
	N	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD
Sevk işlemlerinin zor olması											
Evet	18	60.83±26.08	43.06±47.593	56.25±38.399	38.06±13.189	33.61±27.322	55.556±34.3592	42.59±49.581	38.28±18.78	13.06±4.425	11.44±5.67
Hayır	132	74.32±24.757	56.25±46.168	63.47±34.475	48.56±14.377	39.52±21.766	66.091±28.4187	50.03±47.381	46.17±18.741	10.45±4.691	9.08±5.314
P/t		0.033*/-2.15	0.259/-1.13	0.413/-0.82	0.004*/-2.94	0.297/-1.05	0.153/-1.05	0.535/-0.62	0.096/-1.68	0.027*/2.23	0.08/1.76
Eczaneden ilaç bulma gücüğü											
Evet	16	56.88±28.976	39.06±43.75	50.47±35.181	35.94±12.678	25.63±16.008	57.031±30.608	25±41.276	41.75±19.098	12.88±4.703	12.63±5.427
Hayır	134	74.59±24.163	56.53±46.486	64.05±34.726	48.66±14.263	40.39±22.669	65.757±29.0819	52.02±47.554	45.64±18.86	10.51±4.679	8.97±5.276
P/t		0.007*/-2.72	0.155/-1.43	0.142/-1.48	0.001*/-3.41	0.013*/-2.53	0.261/-1.13	0.031*/-2.43	0.438/-0.78	0.058/1.91	0.010*/2.61
Hastanede çok sıra bekleme											
Evet	84	70.12±26.491	46.13±46.971	58.9±36.786	45.36±14.391	35.14±22.085	63.393±28.5694	46.08±47.355	42.42±18.251	11.74±4.518	10.05±5.667
Hayır	66	75.98±23.275	65.53±43.581	67.31±32.023	49.77±14.609	43.48±22.274	66.652±30.2524	53.03±47.852	48.79±19.154	9.52±4.717	8.48±4.928
P/t		0.158/-1.42	0.011*/-2.59	0.144/-1.47	0.066/-1.85	0.024*/-2.29	0.500/-0.68	0.376/-0.89	0.040*/-2.08	0.004*/2.93	0.078/1.77
Hastaneye ulaşım gücüğü											
Evet	22	56.14±27.209	32.95±47.174	44.32±35.407	34.09±12.596	25.23±20.206	60.795±27.8963	31.82±44.218	34.41±15.42	13.14±4.764	12.91±4.07
Hayır	128	75.55±23.829	58.4±45.385	65.74±33.98	49.57±13.733	41.15±22.091	65.52±29.5458	52.11±47.618	47.08±18.821	10.35±4.612	8.75±5.37
P/t		0.001*/-3.46	0.017*/-2.42	0.007*/-2.72	0.001*/-4.94	0.002*/-3.16	0.486/-0.70	0.064/-1.87	0.003*/-2.99	0.010*/2.60	0.001*/3.46
Bilgi alacak kimsenin olmaması											
Evet	43	74.53±23.95	51.74±47.055	64.77±37.811	45.12±14.699	38.53±22.388	61.047±30.4003	39.53±45.574	41.54±17.064	11.56±4.757	9.44±5.961
Hayır	107	71.96±25.778	55.84±46.274	61.73±33.822	48.18±14.543	38.93±22.623	66.346±28.8048	52.99±47.975	46.7±19.413	10.44±4.693	9.33±5.178
P/t		0.574/0.56	0.626/-0.49	0.631/0.48	0.247/-1.16	0.922/-0.10	0.318/-1.00	0.117/-1.58	0.13/-1.52	0.19/1.32	0.907/0.12
Diğer sıkıntılar											
Evet	3	75.00±30.414	100.00±0.00	71.67±27.538	56.67±5.774	66.67±12.583	87.5±21.6506	66.67±57.735	54.67±26.633	8±1.732	5.33±2.309
Hayır	147	72.65±25.22	53.74±46.39	62.41±35.095	47.11±14.676	38.24±22.302	64.364±29.2738	48.78±47.481	45.03±18.745	10.82±4.75	9.44±5.411
P/t		0.874/0.16	0.087/1.72	0.651/0.45	0.263/1.12	0.030*/2.20	0.176/1.36	0.521/0.64	0.383/0.88	0.308/-1.02	0.192/-1.31

Tablo 4.9.c’de bakımverenlerin tedavi süreci ile yaşadıkları sıkıntıların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri ve HAD alt ölçekleri arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı verilmiştir. Sevk işlemlerini zor bulanların fiziksel fonksiyon ve genel sağlık puan ortalamaları, sevk işlemlerini zor bulmayanların puan ortalamasından düşük, sevk işlemlerini zor bulanların HAD-A puan ortalamalarının sevk işlemlerini zor bulmayanların puan ortalamasından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Eczaneden ilaç bulma gücüğü yaşayanların fiziksel fonksiyon, genel sağlık, vitalite ve emosyonel rol gücüğü puan ortalamalarının, eczaneden ilaç bulmakta güclük çekmeyenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak daha düşük, HAD-D’de ise ilaç bulmakta güclük yaşayanların puan ortalamasının, yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hastanede çok sıra beklediğini ifade eden bakımverenlerin fiziksel rol gücüğü, vitalite ve mental sağlık puan ortalamaları, sıra beklemediğini söyleyenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak daha düşük, çok sıra beklediğini ifade edenlerin HAD-A puan ortalamalarının, sıra beklemediğini söyleyenlerin puan ortalamasından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hastaneye ulaşım güclüğünden şikayet eden sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güclüğü dışında tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları, şikayet etmeyenlerin puan ortalamalarından düşük, şikayet edenlerin HAD-A ve HAD-D puan ortalamalarının, şikayet etmeyenlerin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bilgi alacak kimsenin olmadığını ifade edenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları, HAD-A ve HAD-D puan ortalamaları ile bilgi alacak birilerinin olduğunu ifade edenlerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı.

Diğer konularda sıkıntı yaşayanların vitalite puan ortalamasının, yaşamayanların puan ortalamasından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4.10.a. Bakımverenlerin Tanıtıcı ve Hastaya İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi

	SF-36 Fiziksel fonksiyon (R ² =0.641)			SF-36 Rol güçlüğü (Fiziksel) (R ² =0.382)			SF-36 Ağrı (R ² =0.476)			SF-36 Genel Sağlık (R ² =0.496)			SF-36 Vitalite (Enerji) (R ² =0.465)			SF-36 Sosyal Fonksiyon (R ² =0.221)			SF-36 Rol Güçlüğü (Emosyonel) (R ² =0.249)			SF-36 Mental Sağlık (R ² =0.197)		
	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
Cinsiyet	0.189	3.43	0.001	-	-	-	0.251	4.01	0.001	-	-	-	-	-	-	0.190	2.46	0.015	0.339	4.26	0.001	-	-	-
Yaş	-0.391	-6.473	0.001	-	-	-	-0.212	-2.99	0.003	-	-	-	0.240	3.65	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meslek durumu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.156	-2.59	0.011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gelir - gider durumu	0.111	2.04	0.043	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hastalık varlığı	-	-	-	0.213	2.69	0.008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sağlık durumu	-0.363	-5.99	0.001	-0.406	-5.20	0.001	-0.478	-6.58	0.001	-0.561	-8.79	0.001	-0.507	-7.73	0.001	-0.351	-4.43	0.001	-0.345	-4.52	0.001	-0.321	-4.16	0.001
Yakınlık derecesi	-	-	-	0.141	2.10	0.037	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aile içinde sorumluluk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.140	2.24	0.027	0.197	2.97	0.004	-	-	-	0.316	3.91	0.001	-	-	-
Evde bakmakla sorumlu olduğu başka bireyin varlığı	-0.130	-2.50	0.013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hastalıkla ilgili bilgi varlığı	-0.141	-2.55	0.012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.161	2.06	0.041	0.193	2.43	0.016	-	-	-
Evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılar	-	-	-	-	-	-	0.147	2.35	0.020	-	-	-	0.170	2.66	0.009	0.219	2.86	0.005	-	-	-	0.212	2.74	0.007
Hastanede çok sıra bekleme	-	-	-	0.185	2.79	0.006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hastaneye ulaşım güçlüğü	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.183	2.86	0.005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diğer sıkıntılar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.169	-2.71	0.007	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tablo 4.10.a'da bakımverenlerin tanıtıcı ve hastaya ilişkin özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin arasındaki ilişkinin çok değişkenli regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Erkeklerin kadınlara göre, fiziksel fonksiyon ve ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, cinsiyet fiziksel fonksiyon ($p=0.001$ beta=0.189), ağrı ($p=0.001$ beta=0.251), sosyal fonksiyon ($p=0.015$ beta=0.190) ve emosyonel rol güçlüğü ($p=0.001$ beta=0.339) alt ölçekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaş gruplarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, yaş, fiziksel fonksiyon ($p=0.001$ beta=-0.391), ağrı ($p=0.003$ beta=0.212) ve vitalite ($p=0.001$ beta=0.240) alt ölçekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Fiziksel fonksiyon ve ağrı ölçekleri puan ortalamalarının mesleğe göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, meslek genel sağlık ($p=0.011$ beta=-0.156) alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gelir gider durumuna göre, bakımverenlerin fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt ölçekleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, gelir gider durumunun, fiziksel fonksiyon ($p=0.043$ beta=0.111) alt ölçeği ile anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bakımverenler hastalık varlığına göre incelendiğinde, sosyal fonksiyon alt ölçeği dışında hastalık varlığı olanların tüm SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları olmayanların puan ortalamalarından düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, hastalık varlığı fiziksel rol güçlüğü ($p=0.008$ beta=0.213) alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının sağlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, sağlık durumu kötüleştikçe SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının da düştüğü görülmüş, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre sağlık durumu SF-36 Yaşam Kalitesi tüm alt ölçekleri ile anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hastaların çocuklarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamalarının, hastaların eşlerinden ve diğer yakınlarından daha yüksek olduğu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).). Regresyon analizi sonuçlarına göre, yakınlık derecesi fiziksel rol güçlüğü ($p=0.037$ beta=0.141) alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakımverenlerin aile içinde aldıkları sorumluluklara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, ağrı, vitalite ve emosyonel rol güçlüğü ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, genel sağlık ($p=0.027$ beta=0.140), vitalite ($p=0.004$ beta=0.197) ve emosyonel rol güçlüğü ($p=0.001$ beta=0.316) alt ölçekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Evde bakımıyla sorumlu olduğu başka birey olan bakımverenlerin, olmayanlara göre fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon ($p=0.013$ beta=-0.130) ölçeği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastalıkla ilgili bilgisi olan bakımverenlerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite ve genel sağlık puan ortalamalarının, bilgisi olmayanların puan ortalamasından yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon ($p=0.012$ beta=-0.141), sosyal fonksiyon ($p=0.041$ beta=0.161) ve emosyonel rol güçlüğü ($p=0.016$ beta=0.193) alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Evde hastasıyla ilgili sıkıntılar yaşayan bakımverenlerin, yaşamayanlara göre fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü, mental sağlık puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Sıkıntı yaşayanların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının, yaşamayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, ağrı ($p=0.020$ beta=0.147), vitalite ($p=0.009$ beta=0.170), sosyal fonksiyon ($p=0.005$ beta=0.219) ve mental sağlık ($p=0.007$ beta=0.212) alt ölçekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastanede çok sıra beklediğini ifade eden bakımverenlerin fiziksel rol güçlüğü, vitalite ve mental sağlık puan ortalamalarının, sıra beklemediğini söyleyenlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, fiziksel rol güçlüğü ($p=0.006$ beta=0.185) alt ölçeği anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaneye ulaşım güçlüğünden şikayet edenlerin sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü dışında, tüm SF-36 Yaşam Kalitesi ölçekleri puan ortalamalarının, şikayet etmeyenlerin puan ortalamalarından düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, genel sağlık ($p=0.005$ beta=0.183) alt ölçeği anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Diğer konularda sıkıntı yaşayanların vitalite puan ortalamalarının, yaşamayanların puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, vitalite ($p=0.007$ $\beta=0.169$) alt ölçeği anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10.b. Bakımverenlerin Tanıtıcı ve Hastaya İlişkin Özellikleri ile HAD Ölçeği Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi

	HAD-A (R ² =0.345)			HAD-D (R ² =0.514)		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Cinsiyet	-0.193	-2.79	0.006	-0.218	-3.44	0.001
Meslek durumu	-	-	-	0.130	2.08	0.039
Sağlık durumu	0.418	5.92	0.001	0.512	8.15	0.001
Aile içinde sorumluluk	-	-	-	-0.207	-3.19	0.002
Evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılar	-0.238	-3.35	0.001	-0.208	-3.39	0.001
Hastanede çok sıra bekleme	-0.151	-2.17	0.032	-	-	-

Tablo 4.10.b’de bakımverenlerin tanıtıcı ve hastaya ilişkin özellikleri ile HAD Ölçeği arasındaki ilişkinin çok değişkenli regresyon analizi yer almaktadır. Erkeklerin kadınlara göre HAD-A puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, cinsiyet, HAD-A ($p=0.006$ beta=-0.193) ve HAD-D ($p=0.001$ beta=-0.218) alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

HAD-D Ölçekleri puan ortalamalarının mesleğe göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, meslek HAD-D ($p=0.039$ beta=0.130) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bakımverenlerin sağlık durumu kötüleştikçe, HAD-A ve HAD-D ortalama puanlarının da artmakta olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, sağlık durumunun HAD-A ($p=0.001$ beta=0.418) ve HAD-D ($p=0.001$ beta=0.512) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bakımverenlerin aile içinde aldıkları sorumluluklara göre HAD-A ve HAD-D Ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, aile içi sorumluluk HAD-D ($p=0.002$ beta=-0.207) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Evde hastasıyla ilgili sıkıntılar yaşayan bakımverenlerin, yaşamayanlara göre HAD-D ve HAD-A Ölçekleri puan ortalamalarının, daha yüksek olduğu bulunmuş, aralarındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, evde yaşanan sıkıntıların olması HAD-A

($p=0.001$ $\beta=-0.238$) ve HAD-D ($p=0.001$ $\beta=-0.208$) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hastanede çok sıra beklediğini ifade eden bakımverenlerin HAD-A puan ortalamalarının, sıra beklemediğini söyleyenlerin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, sağlık durumu HAD-A ($p=0.032$ $\beta=-0.151$) ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Bu bölümde kalp yetersizliği tanısı alan hastaların ve bakımverenlerinin yaşam kalitesini, anksiyete-depresyon düzeylerini belirlemek, anksiyete-depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek ve yaşam kalitesi, anksiyete-depresyon düzeylerini etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi:

Araştırmaya katılan hastaların %43.3'ünün kadın, %56.7'sinin erkek olduğu görülmüştür. Hastaların yaş ortalaması 60.9 ± 12.42 olup, %30'u 55 yaş altı, %28'i 55-65 yaş arası, %42'si ise 65 yaş üstü grupta yer almaktadır. Kalp yetersizliğinin daha fazla 65 yaş üstü grupta görülmesinin nedeni yaş artıkça görülme oranının artmasından kaynaklanmaktadır (11,70,73).

Akın ve Durna'nın (21) çalışmasında örneklem grubunun yarısından fazlasının erkek, yaş ortalamasının 59.9 ± 12.5 saptanması, Zambroski ve arkadaşlarının (92) çalışmasında da yaş ortalamasının 55.5 ± 9.6 belirlenmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Literatürde her 10 yaşta hastalığın iki kat yaygınlaştığı, seksenli yıllardaki oranın %10'a ulaştığı belirtilmektedir (38).

Hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu ve aile bireyleriyle birlikte yaşadığı saptanmıştır. Yapılan birçok araştırmada benzer sonuçlar görülmektedir (11,22,92,93). Hastaların çoğunluğunun evli olması Türk toplum yapısına uygun bir sonuç olarak kabul edilebilir. Literatürde kronik hastalarda sosyal desteğin önemli olduğu, hastaların sosyal desteğin kaynağı ve bakım vermede önemli rol oynayan eşlerin kendileri ile ilgilenmemesi durumunda sosyal olarak izolasyon duygusu yaşadıkları, çocuklar, arkadaşlar ve sağlık bakım profesyonellerinden yeterli destek alamadıklarını hissettikleri yer almaktadır (32). Bu bağlamda hastaların çoğunluğunun aile bireyleriyle birlikte yaşıyor olmasının, anksiyete ve depresyonla baş etmeyi kolaylaştıracağı, yaşam kalitesini arttıracacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun emekli ve ev hanımı olduğu, %80.7'sinin ise hastalık ve tedavi süresince çalışmadığı görülmüştür. Bu bulgu hastaların çoğunluğunun emekli veya ev hanımı olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızın sonuçlarına paralel olarak Özer ve Argon (60) çalışmasında çalışmayan hastaların oranını %92.2, Buck ve Riegel'de (67) hastaların çoğunluğunun emekli olduğunu bildirmişlerdir.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %39.3'ünün ilkökul mezunu, %22'sinin okuma yazma bilmediği, %8.7'sinin üniversite ve üzeri mezun olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının olumlu değişeceği, gelişeceği ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri düşünülmektedir. Bu bağlamda çoğunluğunun ilkökul mezunu olması, eğitimin dolaylı da olsa yaşam kalitesi ve anksiyete-depresyon düzeylerini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Agren, Evangelista ve Srömberg (14) çalışmasında hastaların yarısına yakınının ilkökul mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların eğitim durumları açısından çalışmamızın sonuçları Agren, Evangelista ve Srömberg (14) sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %40.7'sinin geliri giderden az, %59.3'ünün geliri giderine eşit veya fazladır. Akın ve Durna (21) çalışmasında hastaların gelir gider durumlarının orta derecede iyi olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda hastaların tamamına yakınının sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun sağlık güvencesi olması, hastaların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabileceğini düşündürmektedir. Ülkemiz şartlarında, hastaların sosyal güvenceleri olmadan tanı ve tedavi masraflarını karşılamaları oldukça güçtür. Bu nedenle hastanın sosyal güvencesinin bulunması, tanı koyma aşaması ve tedavinin sağlanması açısından son derece önemlidir.

Çalışmaya katılan hastaların BKİ ortalaması 26.44 ± 5.13 'tür. Hastaların yarısından fazlasının şişman, %28.7'sinin normal, %8'i ise zayıf olduğu saptanmıştır. Kalp yetersizliği olan hastalarda kollarda, bacaklarda ve vücudun genelinde şişkinlik sık görülen semptomlar olması nedeniyle hastaların BKİ'sinin olduğundan daha fazla çıktığı düşünülebilir. Batı topluluklarında obezitenin gittikçe artması kalp yetersizliği olma riskini iki kat arttırdığı görülmüştür (12). Özer'in (50) çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun fazla kilolu saptanması, Agren, Evangelista ve Srömberg (14) çalışmasında hastaların BKİ ortalamasının 27 ± 4 olarak bulunması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların kalp yetersizliğinin derecesini belirlemek için kullanılan NYHA sınıflamasına göre %18'i IV. Sınıf, %44'ü III. Sınıf, %28'i II. Sınıf, %10'u ise I. sınıftadır. Hastaların büyük çoğunluğunun NYHA III. ve II. sınıfta yer aldığı, orta düzeyde kalp yetersizliğine sahip olduğu söylenebilir. Artan fonksiyonel sınıf ile birlikte hastaların günlük ve sosyal aktivitelerini kısıtlayan semptomların ve başkalarına bağımlılıklarının artması, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi beklenmektedir. Ayrıca bu durum hastaların hastalığın ciddiyetini kabul etme konusunda bazı sıkıntılar yaşamalarına, ilerleyen safhalarda semptomların ve hareket kısıtlılığın artmasıyla birlikte hastalığı red etmeye başlamalarına böylece yüksek derecede anksiyete-depresyon yaşamalarına neden olabilir. Demir'in (49), Akın ve Durna'nın (21) yaptıkları çalışmalarda da hastaların büyük çoğunluğu NYHA III. ve II. sınıfta yer almaktadır. Zombraski ve arkadaşlarının (92) çalışmasında da hastaların yarısından fazlasının III. sınıfta olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda yapılan çalışmaların sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların EF değerlerinin ortalaması 46.77 ± 15.28 olup, büyük çoğunluğunun EF değeri %20-60 arasındadır. Luttik ve arkadaşlarının (73) çalışmasında EF değerlerinin ortalaması 32 ± 14 olduğu, Johannson ve arkadaşlarının (15) çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun EF değerinin %50 ve daha fazla olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda EF değerinin düşük olduğu görülmektedir. EF, ventrikülden vücuda pompalanan kanın diyastol sonunda ventriküllerde bulunan toplam kan miktarı oranıdır. EF değeri %60 normal kabul edilip, %55 altı da kalp yetersizliğinin ciddi olduğunun göstergesidir. EF'nin değerlendirilmesi kalp

yetersizliğinden kuşkulanan bütün hastalarda çok önemlidir. Morbidite ve mortalite üzerinde etkili olan EF değerinin önemli bir prognostik gösterge ve etkin tedavi içinde gerekli olduğu bilinmektedir (94,95).

Hastaların tanı alma süresi incelendiğinde %36'sını 0-12 ay, %15.3'ünün 1-3 yıl, %48.7'sinin 3 yıldan daha fazla süredir kalp yetersizliği tanısıyla yaşadığı görülmüştür. Hastalar kronik hastalık tanısı ile sıkıntı, güçlük yaşamakta, psikolojik durumları bozulmaktadır. Tanı süresi yeni duruma uyum sağlamayı, yeni bir yaşam akışı planı oluşturmayı amaçlamaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Zombraski ve arkadaşlarının (92) çalışmasında da hastaların %13.5'inin 0-12 ay, %19.2'sinin 1-4 yıl, %67.3'ünün 4 yıldan daha fazla kalp yetersizliği ile yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların %79.3'ünde kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığın olduğu görülmektedir. En çok oranda hipertansiyonun eşlik ettiği saptanmıştır. Birçok çalışma sonuçlarında da hipertansiyonun kalp yetersizliğine eşlik ettiği görülmektedir (15,22). Kronik hastalık, işlev bozuklukları ve sakatlıklara yol açabilen, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere yol açan hastalıklardır. Hastalık kişinin dengesini sarsar, yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin planlarına, günlük yaşamına ne kadar engel olursa o kadar ağır sorunlara neden olur (28). Bu nedenle ikinci bir kronik hastalığın varlığı yaşam kalitesini ve anksiyete-depresyonu olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmür.

Çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının daha önce hastaneye yatmış olduğu, %36.7'sinin hiç yatmadığı, %38'inin 1-2 kez yattığı, %14'ünün 3-5 kez yattığı, %11.3'ünün 5'ten fazla yattığı görülmüştür. Hastaneye yatışlar kalp yetersizliğinin kaçınılmaz doğal ilerleme sürecini yansıtmaktadır. Uzun yıllar yapılan çalışmalar kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayılarının arttığını, kalp yetersizliği olan hastaların servislere büyük bir yük oluşturduğunu ve yaklaşık sağlık harcamaların %2'sinden sorumlu olarak topluma pahalıya mal olduğunu gösterir (9). Akın ve Durna'nın (21) çalışmasında çoğunluğunun 1-2 kez hastaneye yattığı belirtilmiş, çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermiştir.

Hastaların diyet uyumuna bakıldığında yarısından fazlasının diyeteye uyduğu, büyük çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullandığı görülmektedir. Literatürde kalp yetersizliği olan hastaların büyük çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullandığı belirtilmiştir (49,50). Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre hastaların çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullanması yaşam kalitesi açısından sevindirici bir sonuç olarak kabul edilir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Aksine Demir'in (49) çalışmasında da hastaların %57.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı belirtilmiştir.

Hastaların sağlık durumlarına bakıldığında hastaların %45.3'ünün kötü, %38'inin orta, %16.7'sinin iyi olarak tanımlandıkları görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %20'sinin sigara kullandığı, büyük çoğunluğunun alkol kullanmadığı saptanmıştır. Agren, Evangelista ve Strömberg'in

(14) çalışmasında olguların %43'ünün hiç sigara kullanmadığı, %7'sinin sigarayı bıraktığı, %25'inin hiç alkol kullanmadığı, %8'inin alkölü bıraktığı görölmektedir. Çalışma bulgularımız Agren, Evangelista ve Strömberg'in (14) çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların hastalıkla ilgili yaşadığı semptomların varlığı sorgulandığında; hastaların %87.3'ünde yorgunluk, %76.7'sinde uyku problemi, %72'sinde nefes darlığı, %66.7'sinde aktivite kısıtlılığı, %58.7'inde iştahsızlık, %42.7'sinde ödem, %29.3'ünde göğüs ağrısı, %38'inde kilo kaybı tespit edilmiştir. Literatürde de kalp yetersizliği olan hastaların çeşitli semptomlara sahip olduğu belirtilmiştir (11,36,92,96). Çalışmamıza paralel olarak Zombraski ve arkadaşlarının (92) çalışmalarında hastaların yaşadığı en sık semptomlar nefes darlığı, ağız kuruluğu, halsizlik ve uyku problemi, en az yaşadıkları semptomlar ise ishal, kusma, tat almada değişiklik olarak saptanmıştır.

Hastaların yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna alışamamaları, bireylerde sosyal aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaya, fiziksel yakınmalarda artışa, konsantrasyon yeteneğinde bozulmaya ve hastalığın ciddiyetinin artmasına neden olur. Sonuçta fonksiyonel kapasite azalır, yaşam kalitesi bozulur, gereksiz hastane yatışları ve erken ölümler meydana gelir. Bu bağlamda semptomların doğru ve çok yönlü değerlendirilmesi, kontrolü yaşam kalitesi açısından önemlidir. Semptom kontrolünde hemşirelik bakımı bu komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etme üzerinde yoğunlaşır. Semptom kontrolü, hasta bakımında yaratıcı olma ve hastaları yaşam kalitesinde önemli farklılıklar yaratabilme olanağı sağlayan bir alandır (36,22).

Hastaların Bakımverenlerinden Yardım Aldıkları Konular:

Çalışmamızda da hastaların bakımverenlerinden yardım aldıkları konuların dağılımı incelendiğinde; hastaların %94.7'sinin hastane işlemlerinde, %79.3'ünün ilaç almada, %66'sının alışverişte, %61.3'ünün maddi destek sağlamada, %52.7'sinin bireysel temizlik ve bakımda, %50'sinin ev işlerinde, %44'ünün beslenmesinde bakımverenlerinden yardım aldıkları belirlenmiştir. Literatürde de hastaların en fazla alışverişte, ev işlerinde, hastane işlemlerinde bakımverenlerinden yardım aldıkları belirtilmiştir (22,5).

Kalp yetersizliği olan hastaların birçoğu yaşlı, bozulmuş bilişsel fonksiyona sahip, çok sayıda ek hastalığı olan ve diyet, ilaç, egzersiz yapmak gibi uymak zorunda olduğu sıkı tedavi rejime sahip hastalardır. Bu nedenle onlar hastalıkla birlikte yeni bir role bürünür, özbakım davranışlarını geliştirir. Uygun bir özbakım davranışı geliştirmek için de sosyal desteğe ve yardıma ihtiyaç duyarlar (22). Bakımverenler hem hastalığın yönetimde hem de yaşam kalitesi konularında oldukça önemli bireylerdir. Hastaları özbakım davranışları konusunda cesaretlendirirler, tedavi planına uyup uymadıklarını gözlemlerler, diyetlerine uymalarını sağlarlar, hastalığın erken semptomlarını gözlerler, sağlık kontrolleri için hastaneye götürürler ve bunlar gibi birçok konuda yardımcı olurlar (5).

Hastaların Yaşam Kalitesi ve Anksiyete-Depresyon Düzeyleri:

Yaşam kalitesi düzeyleri hastalığın sadece işlevsel veya fiziksel boyutlarını değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlarını içine alan, hastaların kendi sağlıklarını algılayış biçimlerine dayalı, çok boyutlu bir kavramdır (5). Kalp

yetersizliği tanısı alan hastaların yaşam kalitesinin normal popülasyon ve diğer kronik hastalıkları olan hastalarla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu bulunmuş, kalp yetersizliğinin, yaşam kalitesi üzerinde en fazla olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (7).

Araştırma sonucumuzda hastaların yaşam kalitesi anketinden alınan 50 puanın orta düzey olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin arttığı göz önünde bulundurulunca; elde edilen puan ortalamaları hastaların düşük düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Yurt içinde (36,49,50,97) ve yurt dışında (15,92,98) kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Demir'in (49) kalp yetersizliği olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların orta düzeyin biraz altında, Özer ve Argon'un (60) çalışmasında orta düzeyde, Özdemir'in (36) çalışmasında ise daha düşük düzeyde yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. Archana ve Gray (70) çalışmasında kalp yetersizliği olan hastalarla genel nüfus karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, vitalite, genel sağlık alt boyutlarında kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesinin şiddetli şekilde etkilendiği görülmüştür. Bu doğrultuda araştırmanın bulguları çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Kalp yetersizliği olan hastaların yaşadıkları sağlık durumundaki olumsuz değişimler, zorunlu emeklilik, fonksiyonel statü düşüklüğü, sosyal dışı kapanıklık ve finansal durgunluk önemli duygusal sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır (32). Kalp yetersizliği gibi ciddi kronik hastalık teşhisi konulan hastalar için anksiyete ve depresyon oldukça normal ve beklenen bir tepki, kalp hastalıkları genelinde kaydedilen en yaygın psikiyatrik bozukluklardır (7,29).

Araştırma sonucunda elde edilen puan ortalamaları hastaların yüksek düzeyde anksiyete ve depresyona sahip olduğunu, hastaların %56'sının anksiyeteli, %62.7'sinin ise depresif olduğunu göstermektedir. Chung ve arkadaşlarının (29) çalışmasında da hastaların %56.9'unda depresyon, %41.3'ünde anksiyete olduğu saptanmıştır. 27 kalp yetersizliği çalışmasının meta analizinde, kalp yetersizliğinde depresyonun %9-%60 arasında, anksiyetinin %18-%45 arasında görüldüğü belirtilmektedir (29).

Literatürde kalp yetersizliği olan hastalar kanser tanısı alan hastalarla, akciğer hastalarıyla ve diğer kalp rahatsızlığı olan hastalarla karşılaştırıldığında, kalp yetersizliği olan hastaların aynı derecede veya daha kötü anksiyete-depresyon düzeyine sahip oldukları yer almaktadır (7). Anksiyete ve depresyon yüksek derecede ilişkili olmasına rağmen sadece depresyon hastaların ölüm riskini artırır (78). Bununla birlikte HAD'ın depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinden eşik üstü puan alan hastalarda eşik altı puan alanlara göre yaşam kalitesinin tüm alanlarda daha düşük olduğu, kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda anksiyete-depresyon düzeylerinin artması hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal alanlardaki azalma, yaşamın kontrol altında tutulması ve kendi kendine yetme gibi duygularda kayba neden olabilmekte böylece hastalarda yaşanan anksiyete ve depresyonu nedenini oluşturmaktadır (69).

Kalp yetersizliği ve buna bağlı olarak hastaların işlevsel durumlarında oluşan değişiklikler, yaşlanma, ölüm gerçeği anksiyete-depresyonu arttırmaktadır (32).

Anksiyeteli ve depresyonlu hastalarda, hastalığın uyum ve tedavi kontrolünün azalması, baş etmede yetersizlik ve belirsizlik yaşamaları nedeniyle yaşam kalitesi de olumsuz etkilenmektedir (99). Bu nedenle hastalar kalp yetersizliğinin kronik doğasını kabullenmeleri, gelecek ile ilgili kaygılarını çözmeleri ve gerekli yaşam stili değişiklikleriyle nasıl başedecekleri konusunda desteklenmelidirler.

Hastaların Yaşam Kalitelerinin ve Anksiyete-Depresyon Düzeylerinin Sosyodemografik Verileri ve Hastalıkla İlgili Özellikleri ile İlişkisi:

Erkeklerin kadınlara göre fiziksel rol gücü ve ağrı puan ortalamalarının daha yüksek, anksiyete alt ölçeği puan ortalamalarının ise daha düşük ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin kadınlara göre fiziksel açıdan daha kuvvetli, karşılaştıkları problemlerle daha kolay başettikleri ve ağrı eşik değerlerinin daha yüksek olduğu bilinmekte, kadın hastaların ise yaşam kalitesi ile ilgili olarak uyku problemlerine, halsizliğe, fiziksel fonksiyon, duygusal ve genel sağlık durumu ile ilgili problemlere daha fazla sahip oldukları görülmektedir (100,101).

Kalp yetersizliği olan kadın hastaların erkek hastalara göre kendilerini daha fazla yük altında hissettikleri ve depresyon konusunda erkekler daha fazla konuşurken, kadınlar korku ve anksiyeteden daha fazla bahsettikleri görülmüştür (7,102). Aynı zamanda kadınların ev içi sorumluluklarının fazla olması ve her ne olursa olsun kendilerini bu sorumlulukları devam ettirmek zorunda hissetmelerinden ötürü, daha fazla strese maruz kalmaları, güçsüzlük yaşamaları bunda önemli bir etken olabilir. Erkek ve kadınlar arasındaki bu farklılıklar nedeniyle erkeklerin yaşam kalitesinin yüksek, anksiyetesinin daha düşük olduğu düşünülebilir.

Cinsiyet faktörünün regresyon analizinde yaşam kalitesinin fiziksel rol gücü alt ölçeği ile anlamlı, anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olmadığı görülmüştür. Demir'in (49) çalışmasında cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmazken, Özer'in (50), Steptoe ve arkadaşlarının (101), Cline ve arkadaşlarının (100) çalışmalarında erkek hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür. Chung ve arkadaşları (29) cinsiyetin anksiyete ve depresyonu etkilemediğini bulmuşlardır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları ile tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanlarının azaldığı, anksiyete-depresyon alt ölçekleri puanlarının arttığı görülmüştür. Yaşlanma fiziksel yetersizlikleri beraberinde getirdiğinden yaş artınca paralel olarak yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuç olmuştur. Ayrıca ilerleyen yaş ile birlikte bireyin hem psikososyal hem de sosyal destek gereksinimleri artmaktadır. Yaşlı hastaların beklentilerinin yüksek olması ve bu gereksinimlerinin karşılanmamasının daha fazla psikolojik semptom yaşamasında etken olduğu, gençlerinde yaşlı hastalara oranla yaşamın tüm alanlarında daha mücadeleci olmalarından ve olayları daha iyi tolere edebilmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Yapılan regresyon analizi sonuçlarında yaş faktörünün fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol gücü ölçekleri ile anlamlı olduğu görülmüştür.

Özer ve Argon'un (60), Cline ve arkadaşlarının (100) yaptıkları çalışmalarda yaşam kalitesi puanları ile yaş faktörü arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken,

Franzen, Blomqvist ve Saveman (103) sadece yaşam kalitesinin fiziksel boyutunda yaş arttıkça düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu saptamıştır. Bekelman ve arkadaşlarının (83) çalışmaları ise yaş arttıkça depresyonun arttığını göstermektedir.

Evli olan hastaların bekarlara göre yaşam kalitesi tüm alt ölçeklerinin puanlarının düşük, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucu birkaç faktörün etkileyebileceği düşünülebilir. Bekar hastaların daha genç olması ve bakmakla yükümlü ailelerinin olmaması gibi nedenlerle hastalığın psikososyal etkilerini daha az yaşamaları ve ekonomik sorumluluğu ailelerinin üstlenmiş olması yaşam kalitesi ve anksiyete-depresyonun daha az etkilenmesi sonucunu doğurabilir. Medeni durum faktörünün regresyon analizi sonuçlarında yaşam kalitesi alt ölçekleri ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olmadığı görülmüştür. Demir'in (49) çalışmasında medeni durum ve yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinin ve anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin arttığı, anksiyete-depresyonun azaldığı görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının olumlu değişeceği, gelişeceği, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri, bu bağlamda hastalıklarını/hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha fazla öğrenecekleri ve kullanacakları, anksiyete-depresyon ile başetmeyi öğrenecekleri düşünülmektedir. Ayrıca eğitim sonucu bireyin maddi ve sosyal imkanlarının artması, olaylara bakış açısının ve dünya görüşünün gelişmesi beklenir. Tüm bunlar yaşam kalitesinin artmasına, anksiyete-depresyonun azalmasına neden olmuş olabilir. Kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesinin artmasında, anksiyete-depresyonun azalmasında eğitimin önemi gözardı edilmemeli, dikkatin eğitim düzeyi düşük bireylere yoğunlaştırılmasına özen gösterilmelidir.

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre eğitim durumunun ağrı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri puanları ile anlamlı olduğu saptanmıştır. Demir'in (49) çalışmasında eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, Özdemir'in (36) çalışmasında düşük eğitim düzeyinin, fiziksel fonksiyon ve vitalite alt ölçeklerinde anlamlı derecede düşmesine neden olduğu saptanmıştır.

Meslek ile yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları ve anksiyete-depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; memur ve işçi olanların, emekli, ev hanımı ve diğer meslek grubunda olanlara göre tüm yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanları yüksek, anksiyete-depresyon alt ölçekleri puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızda memur ve işçi olarak adlandırılan hastalar aslında aktif çalışma hayatı olan bireylerdir. Bu nedenle çalışanların iş meşguliyetinin olması, ekonomik özgürlüklerinin ellerinde olması, hastalık ve hastalık sürecini düşünecek zamanlarının kısıtlı olması, sosyal etkileşimlerinin artması yaşam kalitelerini ve anksiyete-depresyonu olumlu etkilediği düşünülebilir. Emekli olanların ise emeklilik öncesi kadar aktif olmayışları, daha yaşlı olmaları yaşam kalitesi üzerine negatif etki yaratmış olabilir. Regresyon analizi sonuçlarında meslek faktörünün mental sağlık alt ölçeği üzerine etkisi olduğu, anksiyete-depresyon üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların bir işte çalışma durumuna göre, çalışan hastaların tüm yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları çalışmayanlara göre yüksek, çalışanların anksiyete-depresyon puanları çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmayanlarda yaşam kalitesinin daha düşük olmasını, hastaların çoğunluğunun çalışmıyor olmasından ve hastaların çoğunluğunun emekli ve ev hanımlarından oluşuyor olmasından kaynaklı olduğunu söyleyebiliriz. Aynı zamanda çalışan bireylerde iş meşguliyeti ve ekonomik kazancın olmasının yaşam kalitesini arttırdığı, anksiyete-depresyon düzeyini azalttığı düşünülebilir. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre çalışma faktörü ile ağrı alt ölçeği puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuş, anksiyete-depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özdemir (36) çalışmasında, çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin çalışan hastaların yaşam kalitesinden daha düşük olduğunu saptamıştır.

Hastaların gelir gider durumunun, emosyonel rol gücü ve mental sağlık alt ölçeklerinin puanları ile arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Düşük gelir kalp yetersizliği hastalarının hastaneye sık yatış oranlarıyla ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir (104). Kalp yetersizliğinin yıllık tedavi masrafının milyonlarca doları bulduğu bilinen bir gerçektir (6). Gelir seviyesinin artması ile yaşam kalitesinin artırması hastaların rahatlama, sağlık koşulları uygun olan ortamda yaşama, hastalığın getirdiği ekonomik yükü karşılayabilme avantajlarıyla bağlantılı olduğu düşünülebilir. Bu yüzden finansal zorluk yaşayanlar için destek sağlanmalı ve geliştirilmelidir. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, gelir gider durumu tek başına fiziksel fonksiyon puanını etkilemiş, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Aile bireyleriyle yaşayan hastaların sosyal fonksiyon puan ortalamalarının yalnız yaşayanlardan düşük olduğu bulunmuştur. Regresyon analizi sonuçlarında ise yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon ile anlamlı olmadığı görülmüştür. Kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalıkla yaşayan hastaların yakınlarında fiziksel yetersizliği olan bir sevdiğinin bakımı, fiziksel ihtiyaçları, ruhsal sağlığının azalmasına neden olur. Yakınlarının ruhsal sağlıklarının bozulması, hastaların psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkiler ve yaşam kalitesini düşürür (32). Aile bireyleriyle yaşayan hastaların sosyal fonksiyon puan ortalamalarının yalnız yaşayanlardan düşük olması, aileleriyle yaşayanların aile bireyelerine yük olduklarını düşünmelerinden, her türlü ihtiyaçlarının onlar tarafından karşılanması nedeniyle kısıtlılıklar yaşamalarından, yakınlarının psikolojik sağlıklarının bozulması nedeniyle psikolojik durumlarının olumsuz yönde etkilemesinden ve sosyal etkileşimin daha az olmasından kaynaklı olabilir.

Özdemir (36), ailesiyle yaşayanların yaşam kalitesi puanlarının, yalnız yaşayanlara göre düşük olduğunu bulmuştur. Chung ve arkadaşlarının (29) çalışmalarında da, eşleri ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre depresyon ve yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların psikolojik algılamaları değiştirilerek, mutluluğu sürdürebilme becerileri kazandırılarak, ailesiyle, arkadaşlarıyla anlamlı sosyal etkileşim kurularak, eğlenceli zaman geçirmeleri sağlanarak yaşam kalitesi yükseltilebilir.

Çalışmaya katılan hastaların BKİ'sinin fiziksel rol gücü, ağrı ve depresyon alt ölçekleri ile arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. BKİ arttıkça fiziksel

rol güçlüğü ve ağrı puanlarının arttığı, depresyon alt ölçeğinin puanının düştüğü bulunmuştur. Regresyon analizi sonuçlarına göre, BKİ faktörünün fiziksel rol güçlüğü ve anksiyete-depresyon puanları üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Özdemir'in (36) çalışmasında BKİ'nin yaşam kalitesinin bazı boyutlarını etkilediği, obez olanların yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Özer'in (50) çalışmasında ise hastaların BKİ ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda fonksiyonel sınıfın yaşam kalitesi tüm alt ölçekleri puanlarını ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri puanlarını ileri derecede anlamlı olacak şekilde etkilediği görülmüştür. NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanlarının düştüğü, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puanlarının arttığı saptanmıştır. Bu sonuç birçok çalışmanın sonuçları ile benzer niteliktedir (11,36,49,100). Karapolat ve arkadaşları (97), Cline ve arkadaşları (100) çalışmalarında NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını, Özer (50) ise çalışmasında hastaların NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesinin arttığı şeklinde tam tersi bir bulgu elde etmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, NYHA faktörünün fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve depresyon puanları üzerine etkisi olduğu saptanmıştır.

NYHA sınıfının artmasıyla kalp yetersizliğinde yaşanan semptomlarda artış olmakta, bu da hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Archana ve Gray'ın (70) kaynağında Hobbs, NYHA'nın sınıfının ve yaşam kalitesi puanlarının çok yakın ilişkili olduklarını, artan NYHA sınıfıyla birlikte kalp yetersizliğinde kalıcı ve önemli düzeyde kötüleşme olacağını belirtmiştir. Karapolat ve arkadaşları (97) çalışmalarında sosyal fonksiyon alt boyutunun NYHA III. sınıfta, NYHA II. sınıfa göre daha düşük olduğunu saptamıştır. Bunun nedenini, kalp yetersizliği olan hastaların sosyalleşmek istememelerine ve evlerine bağımlı yaşamalarına bağlamıştır. Blideman ve arkadaşları (11) NYHA sınıfı arttıkça depresyon ve anksiyetenin arttığını bildirmişlerdir.

Hastalarının EF değerlerinin, yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri ve anksiyete-depresyon alt ölçeklerini etkilediği görülmüştür. EF değeri arttıkça yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanlarının arttığı, anksiyete-depresyon alt ölçekleri puanlarının düştüğü saptanmıştır. Fakat yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, EF değerinin yaşam kalitesini ve anksiyete-depresyonu etkilemediği saptanmıştır. Özer (50) ile Johansson ve arkadaşları (15) çalışmalarında hastaların EF değeri ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir kronik hastalığı olan hastaların tüm yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları daha düşük, anksiyete-depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları da yüksek olduğu görülmüş ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Kalp yetersizliğine eşlik eden başka kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur. Kronik hastalıklar bireyin yaşamını doğrudan etkilemesinin yanı sıra, yol açtığı iş gücü kaybı, getirdiği fiziksel, emosyonel, psikososyal ve ekonomik sorunlar nedeniyle bireyin yaşam kalitesi ve anksiyete-depresyon düzeyleri üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (18). Bu durumun hastaların birden fazla kronik hastalığın semptomlarına maruz kalmaları, tedavi maliyetlerinin artması ve günlük yaşam aktivitelerinin daha fazla etkilenmesi

sonucu yaşam kalitesini ve ankiyete-depresyonu düzeylerini etkilediği düşünülebilir. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, başka bir hastalığın varlığının fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyonu etkilediği, anksiyete-depresyon düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Özdemir'in (36) çalışmasında, kronik hastalığın varlığının yaşam kalitesinin bazı boyutları için önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda son bir yıl içerisinde hastaneye yatan hastaların yaşam kalitesi ölçeklerinin puan ortalamalarının yatmayanlara göre düşük, yatanların anksiyete-depresyon alt ölçek puanlarının yatmayanların puanlarından yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Sanayileşmiş ülkelerde kronik hastalıklar arasında kalp yetersizliği, yüksek yeniden yatış oranıyla en sık rastlanan hospitalizasyon sebebidir (11). Ülkemizde kalp yetersizliği tanısı ile daha önce hastanede tedavi gören hastalar, tedaviye uyumsuzluğun olması, yaşam değişikliklerine uyum sağlayamaması, hastalığın iş gücü kaybına neden olması gibi nedenlerle sık sık hastaneye yatmaktadırlar. Tüm bunlar kalp yetersizliğinin bireysel ve toplumsal açıdan büyük bir sorun olduğunun göstergesidir (1,6).

Kalp yetersizliğinde klinik durum kötüleştikçe hastaneye yatma oranları artmakta, bu da hastaların yaşam kalitesini kötüleştirmekte, anksiyete-depresyon düzeylerini artırmaktadır. Birçok çalışma hastaların depresyon belirtilerinin tekrar hastaneye yatışlarındaki artışla ilgili olduğunu ve aynı zamanda depresyonun da hastaneye yatışı etkilediğini rapor etmiştir. Çalışmalarda depresyon yaşayan bireyin yaşamayanlara göre 3 kat daha fazla hastaneye yattığına dair bir sonuç görülmektedir (29). Hastanede yatan hastaların depresyonun, ayakta tedavi edilen hastalardan daha yüksek olduğuna dair birbirleriyle tutarlı bulgular vardır. Hastanede tedavi gören hastaların depresyon oranı %13.9 ile %77.5 arasındayken, ayaktan tedavi edilen hastaların depresyon oranı %13 ile %48 arasındadır (7). Regresyon analizi sonuçlarına göre, son bir yıl içerisinde hastaneye yatış sayısının, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon ve anksiyete alt ölçekleri puanları ile anlamlı olduğu, depresyon alt ölçeği puanı ile anlamlı olmadığı saptanmıştır. Özer ve Argon'un (60), Demir'in (49), Özdemir'in (36) çalışmalarında da bizim çalışmamızdaki gibi daha önce hastaneye yatanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir.

Tanı alma süresi ile yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları arasında anlamlı fark olduğu görülmüş, tanı süresi arttıkça yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanlarının düştüğü, anksiyete-depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır. Fakat yapılan regresyon analizi sonuçlarında, tanı süresi tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olmadığı görülmüştür. Tanı alma süresi arttıkça; ilerleyen yaş ile beraber fiziksel yetersizliklerin, yorgunluğun meydana gelmesi, sosyal destek gereksinimlerinin artması, hastalıkla ilgi semptomların artması, semptomlarla baş edememe ve kronik bir hastalığa sahip olmanın getirdiği olumsuz duygularla sürekli yüz yüze gelmenin hastaların yaşam kalitesini kötüleştirdiği, anksiyete-depresyonu arttırdığı düşünülebilir. Özdemir'in (36) çalışmasında hastaların tanı alma süresi ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaların diyete uyma durumuna göre yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları ve anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puan ortalamaları

incelendiğinde, diyetine uyanların mental sağlık puan ortalaması, uymayanların puan ortalamasından yüksek, diyetine uyanların depresyon-anksiyete puan ortalamaları ise diyetine uymayanlardan daha düşük bulunmuş ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, diyetine uyma durumunun anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olmadığı, emosyonel rol gücüğü alt ölçeği ile anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yaşam tarzı ile ilişkili yapılan değişikliklerin yaşam kalitesini arttırdığı, depresyon ve anksiyeteyi düşürdüğü düşünülebilir. Özer ve Argon'un (60), Demir'in (49) çalışmalarında diyetine uyma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

İlaçlarını düzenli kullanan hastaların, kullanmayanlara göre fiziksel rol gücüğü dışındaki tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları yüksek, anksiyete-depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları düşük bulunmuş ve aralarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İlaç tedavisine uyumun, semptomların verdiği sıkıntının daha az algılanmasına neden olarak bireyin yaşama bakışını olumlu yönde etkilediğini, yaşam beklentilerini arttırdığını ve yaşam kalitesini yükselttiğini, anksiyeteyi düşürdüğü düşünülebilir. Demir'in (49) çalışmasında ise günlük alınan toplam ilaç sayısı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Egzersiz yapma durumunun yaşam kalitesi ve anksiyete-depresyon düzeyleri üzerine etkisi incelendiğinde; egzersiz yapan hastaların yaşam kalitesi alt ölçekleri puanlarının egzersiz yapmayanlara göre yüksek, anksiyete-depresyon alt ölçeklerin puanlarının ise düşük olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Fakat yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, egzersiz yapma durumunun yaşam kalitesi alt ölçekleri ile anlamlı olmadığı, depresyon alt ölçeği ile anlamlı olduğu belirlenmiştir. Demir'in (49) çalışmasında da bizim bulgularımıza benzer bulgular saptanmıştır. Literatürde, yorgunluk, nefes darlığı gibi semptomların artmasına neden olmayan, kardiyak kapasiteyi zorlamayan egzersizin, fiziksel gelişkenleri geliştirerek yaşam kalitesini arttırdığı yer almaktadır (38,69).

Hastaların sağlık durumlarını algılamaları ile yaşam kalitesi alt ölçekleri ile anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanların ortalama puanlarının, orta ve kötü tanımlayanlara göre yüksek olduğu, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonuçlarında ise, sağlık durumu faktörü, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücüğü, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol gücüğü, mental sağlık ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri puanları ile aralarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete şiddetlendikçe hastaların sağlıkları ile ilgili olumsuz algılar da artmaktadır. Özer'in (50) çalışmasında sağlık durumu algılamaları ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmiştir.

Heo ve arkadaşlarının (22) çalışmasında hastaların olumlu bakış açısıyla, kalp yetersizliğiden dolayı yapamadıkları yerine yapabildiklerini düşünmeleri, beklentilerini değiştirmeleri ile yaşam kalitelerini olumlu değerlendirdikleri saptanmıştır. Hastaların olumlu bir bakış açısına sahip olması, yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır (22).

Hastaların sigara kullanma kurumu incelendiğinde, sigara kullananların yaşam kalitesi alt ölçekleri puanlarının, kullanmayanlara göre yüksek, anksiyete-depresyon alt ölçekleri puanlarının ise daha düşük olduğu görülmüş ve bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan regresyon analizi sonuçlarında ise sigara kullanma durumunun emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği ile anlamlı, anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu durum çalışmamızda sigara kullananların sayısının (n=30) az olması ve yaş ortalamasının genel yaş ortalamasına göre düşük olmasıyla açıklanabilir.

Hastaların alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi alt ölçekleri ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç hastaların çoğunluğunun alkol kullanmıyor oluşuna bağlanabilir.

Hastaların Yaşam Kalitesi ve Anksiyete-Depresyon Düzeylerinin Hastalıkla İlgili Yaşadıkları Semptomlar ile İlişkisi:

Kalp yetersizliği olan hastalar fiziksel, psikoloji ve sosyal fonksiyonu azaltan kabul edilemeyecek kadar çok sayıda semptomla karşı karşıyadır (92). Çalışmamızda semptomların görüldüğü hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları, görülmeyenlerin puan ortalamalarından düşük, kilo kaybı hariç tüm semptomların görüldüğü hastaların anksiyete-depresyon alt ölçek puanları görülmeyenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, uyku problemi ve göğüs ağrısı yaşam kalitesinin çoğu alt boyutunu etkilemiştir. Nefes darlığı ve kilo kaybı anksiyete-depresyonu etkileyen önemli semptomlar olduğu uyku problemi, aktivite kısıtlılığı, ödem, göğüs ağrısı ve nefes darlığının da yaşam kalitesini etkileyen önemli semptomlar olduğu görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda hastaların yaşadıkları semptomlar ne kadar fazla olursa yaşam kalitelerinin o kadar azalması, anksiyete-depresyonun o kadar artması beklenmektedir (83).

Görülen semptomlar birbirinin nedeni olabilir. Yorgunluk ve nefes darlığına bağlı hastalarda aktivite kısıtlılığı, uykusuzluk, iştahsızlığa bağlı ise kilo kaybı görülebilir. Yorgunluk, kardiyak out-put'un azalmasına bağlı olarak yeterli oksijenlenmenin sağlanamaması ve iskelet kaslarının düşük perfüzyonu nedeniyle oluşmaktadır (105). Nefes darlığı kalp yetersizliğinde interstisyel pulmoner ödemin meydana gelmesi ve pulmoner kompliansın azalmasına bağlı ortaya çıkar (54). Serebral arteriosklerozlu olgularda perfüzyon azalması ve arteriyel hipoksiye bağlı olarak da uykusuzluk görülebilir (49). Bu bağlamda yaşanan tüm bu semptomların yaşam kalitesi, anksiyete-depresyon, mortalite ve morbidite üzerine kuvvetli negatif etkisi vardır.

Özdemir'in (36) çalışmasında da nefes darlığı, halsizlik, uyku problemi kalp yetersizliği olan hastalarda en yaygın görülen; ishal, kusma ve kilo kaybı ise en az deneyimlenen semptomlar olarak belirtilmiş, yaşam kalitesini en çok etkileyen semptomlar nefes darlığı, uyku problemi, kol ve bacaklarda şişme olarak tespit edilmiştir. Fredman ve Griffin (106) çalışmasında depresyon şiddeti, artan fiziksel semptomlar ve azalan fiziksel fonksiyon arasında önemli bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Bekelman ve arkadaşlarının (83) çalışmasında ise, kalp yetersizliği olan

hastaların, depresyon ve kötü bir yaşam kalitesi ile ilişkili çok sayıda semptom yaşadığı görülmüştür.

Semptomlar bireylerde ümitsizliğe, olağan uyum mekanizmalarının sarsılmasına, geleceğe yönelik beklenti ve planlarının bozulmasına, fonksiyon ve ailedeki rol kaybına, başkalarına bağımlılığın artmasına ve bireyin iyilik halinin azalmasına neden olabilir. Birçok hastada fiziksel fonksiyon aktivitelerini kısıtlayan semptomlardan dolayı ailelerine yük oldukları hissi, duygusal çöküntü yaşadıkları bilinmektedir (29). Görülen semptomlarla artan yük ve sıkıntı depresyona neden olabilir.

Kalp yetersizliği hastaları tarafından bildirilen semptomların sayısı, hastalar için hafifletici bakım yaklaşımını, bakım ihtiyaçlarını ortaya koyar (29). Bu nedenle sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin kalp yetersizliği tanısı alan hastaların yaşam kaliteleri ve anksiyete-depresyon üzerinde önemli bir etkiye sahip olan fiziksel, duygusal semptomlarını, bu semptomların günlük yaşam üzerine etkilerini sürekli olarak değerlendirmesi ve yönetiminde uygun hemşirelik girişimleri planlayarak hasta ve yakınlarına bu konuda eğitim yapması son derece önemlidir (22).

Hastaların Bakımverenlerinden Yardım Aldıkları Konuların Yaşam Kalitesi ve Anksiyete-Depresyon ile İlişkisi:

Hastaların bakımverenlerinden yardım aldıkları konuların yaşam kalitesi ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile ilişkisi incelendiğinde, hastane işlemlerinde bakımverenlerinden yardım alan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü puan ortalamaları, yardım almayan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu, ilaçlarını almada bakımverenlerinden yardım alanların yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları almayanların puan ortalamasında daha düşük, ilaçlarını almada bakımverenlerinden yardım alanların anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puan ortalamaları ise almayanlardan daha yüksek olduğu, ev işlerinde ve alışverişte bakımverenlerinden yardım alan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon puan ortalamaları yardım almayan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puan ortalamaları ise almayanlardan daha yüksek olduğu, beslenme, bireysel temizlik ve bakım ile maddi destek sağlama konularında bakımverenlerinden yardım alan hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları yardım almayanların puan ortalamalarından daha düşük, yardım alanların anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puan ortalamaları almayanların puan ortalamalarından yüksek olarak bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan regresyon analizinde bireysel temizlik ve bakım, alışveriş, beslenme konularının yaşam kalitesi alt ölçeklerini, maddi destek sağlama konusu ise anksiyete-depresyon alt ölçeklerini etkileyen en önemli faktörler olduğu belirtilmiştir.

Hastaların tüm işlevlerinde başkalarına bağımlı kalmalarından dolayı kendilerinde suçluluk hissetmeleri, hayatlarındaki kontrolü kaybetmeleri ve aile içindeki rollerin değişime uğraması hastalarda yaşanan anksiyete-depresyonun kaynağını oluşturur (69,102). Pattend, Roberts ve Lewin (102) çalışmasında bir hastanın ifadesi “Bazen gerçekten ama gerçekten moralim bozuluyor, arkama yaslanıyorum ve bir başkasının benim için yaptıklarını izliyorum. Bu bana

dokunuyor çünkü benim bunu yapmam gerektiğini düşünüyorum. Ama yapamayacağımı biliyorum. Bu da beni depresyona sokuyor.” şeklindeydi. Hasta ve bakımveren arasındaki ilişki bağımlılık ve muhtaçlık ilişkisidir. Bu ilişki kalp yetersizliği olan hastaların kendine bakım sağlama sürecinde de kaçınılmazdır (29).

Bakımverenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi:

Araştırma kapsamına giren bakımverenlerin büyük çoğunluğunun kadın (%75.3), 55 yaş altı (%70) olduğu görülmüştür. Yaş ortalaması 45.59 ± 13.57 'dir. Sounders'ın (5), Pressler ve arkadaşlarının (6), Sherwood ve arkadaşlarının (81) çalışmalarında da bakımverenlerin büyük çoğunluğunun kadın olması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Dünyada ve ülkemizde benzer sonuçların ortaya çıkması bakım verme yükünü farklı toplumlarda kadınların üstlendiğini göstermektedir. Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni, genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların kadınların doğal işi olarak görülmesi olabilir. Ayrıca kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebilecekleri görüşü, kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin nedeni olarak belirtilmektedir (80). Yaş ortalamasının yüksek olması, bakımverenlerin kendi sağlık bakımına yeteri kadar zaman ayıramamasına ya da hasta bakımında etkinliğinin azalmasına sebep olabilir. Bunun da bireyin yaşam kalitesinin kötüleşmesine, anksiyete depresyonun artmasına neden olabileceği düşünülebilir.

Bakımverenlerin %35.3'ü ev hanımı, %18.7'si emekli, %17.3'ü memurdur. Bakımverenlerin yarısına yakınının (%41.3) çalıştığı, büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi (%92.6) ve gelirinin giderine eşit veya fazla (%73.3) olduğu görülmüştür. Belli bir işte çalışmayan aile bireylerinin hasta bakımı için daha fazla görevlendirildikleri söylenebilir. Çalışmamızda bakımverenlerin gelir düzeyinin iyi çıkması hastaların ihtiyaçlarını karşılarken zorlanmayacakları için, anksiyeteyi daha az yaşayacakları sonucunu doğurabilir. Aynı zamanda büyük çoğunluğunun sosyal güvencelerinin olması kronik hastalık durumunda ortaya çıkan ekonomik ve sosyal değişimlerden çok etkilenmemelerini sağlamış olabilir. Pressler ve arkadaşlarının (6) çalışmasında da bakımverenlerinin %83'ünün gelirinin giderine eşit veya daha fazla olduğu görülmektedir.

Bakımverenlerin büyük çoğunluğunun evli (%76), %36.7'sinin ilkökul, %22.7'sinin üniversite ve üzeri, %17.3'ünün ise lise mezunu olduğu görülmektedir. Evli olan bakımverenlerin toplumdaki farklı rollerinden dolayı sorumluluklarını yeteri kadar yerine getiremeyecekleri hem hasta bakımı hem de çocuk bakımının, ev işlerinin bireyi zorlayacağı düşünüldüğünde bireyin yaşam kalitesinin azalacağı, anksiyetesinin artacağı beklenebilir. Eğitim düzeyinin düşük olması bakımın kalitesinin azalmasına sebep olabilir. Agren, Evangelista ve Strömberg'in (14) çalışmasında da bakımverenlerin %46'sının ilkökul mezunu olduğu, Sounders'ın (5) çalışmasında ise bakımverenlerin büyük çoğunluğunun (%72) evli olduğu görülmüştür.

Bakımverenlerin yarısından fazlası (%52.7) en az bir hastalığının olduğunu, %32.7'si sağlıklarının iyi, %52.7'si orta, %14.6'sı ise kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Bakımverenlerin bakım sağlarken ruh ve fiziksel sağlıklarının bozulması, kendilerini hasta hissetmesi ve hatta beklenmeyen ölümlerin olması çalışmalarda yer alan bulgulardır (14,73). Bakımverenlerde kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, giyim ve kuşamda dağınıklık yaşanması ve bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir (80). Çalışma bulgularımıza benzer olarak Sounders'ın (5), Agren, Evangelista ve Strömberg'in (14) çalışmasında bakımverenlerin büyük çoğunluğunun (%74) en az bir hastalığı olduğunu ve en fazla oranda hipertansiyon olduğunu saptamışlardır

Bakımverenlerin Hastasına İlişkin Özellikleri:

Bakımverenlerin büyük çoğunluğunun (%79.3) hasta ile birlikte yaşadığı %39.3'ünün hastaların eşleri, %42'sinin hastaların çocukları olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitelerini arttırmak, hastaneye yatışlarını azaltmak, diyetlerine ve öz bakım davranışlarına katılmalarını sağlamak için aile desteğine ihtiyaçları vardır. Aile desteğinin kalp yetersizliği hastalarındaki hastaneye geri yatırılması konusundaki olumlu etkilerini gösteren birçok kanıt toplanmış ve ortaya konmuştur (29). Literatürde kronik hastalığı olan hastaların %90'ının bakımının aile bireyleri tarafından sağlandığı yer almaktadır (6).

Çalışma bulgularımıza paralel olarak Sounders'ın (5) çalışmasında bakımverenlerin %50'sinin hastaların çocukları ve %38'inin eşleri olduğu görülmüştür. Sherwood ve arkadaşlarının (81) çalışmasında, da bakımverenlerin %53.5'i hastaların eşlerinin, %29.5'i hastaların çocuklarının, %17'sinin de diğerleri olduğu görülmektedir. Pressler ve arkadaşlarının (6) çalışmalarında da, bakımverenlerin büyük çoğunluğunun (%83) hasta ile birlikte yaşadığı görülmüştür.

Bakımverenlerin büyük çoğunluğu (%75.3) evde bakmakla sorumlu oldukları başka birey olmadığını, yarısından fazlası ise (%58.7) hastanın bakımının diğer yakınlarıyla paylaştığı görülmektedir. Çalışmamızda bakımverenlerin yarısından fazlasının hastanın bakımını diğer yakınları ile paylaşması, bakım verme ile ilgili sorumlulukların paylaşımını ve diğer aile üyelerine ayrılan zamanın artmasını sağlayarak, bakımverenlerde anksiyetinin daha az yaşanılmasını sağlayabilir. Sosyal iletişimlerin sık olması, geniş bir sosyal yardım ağı ve yardım alabilecek arkadaşlarının olmasının, bakımveren depresyonunu önlediği literatürde belirtilmektedir (23). Agren, Evangelista ve Strömberg'in (14) çalışmasında, birçok eşin tek başına kaldıklarında ve kendilerini tek sorumlu olarak gördüklerinde belirgin bir şekilde depresyon ve stres yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarımızda bakım verme süresi ortalama 46.73±61.44 günde bakım vermek için ayrılan süre ortalaması ise 126.03±131.56 olarak saptanmıştır. Bakımın yoğunluğu ve süresi, bireyin sosyal izolasyonuna yol açabilmekte, bireyin kendi sağlığına özen göstermesine engel olabilmekte ve diğer aile üyelerine ayıracak enerjisinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda artan sürenin bireyin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği düşünülebilir. Kronik hastalık sürecinde roller değişebilir, bakıcılık gibi roller

üstlenilebilir. Sağlıklı eş için diğerlerinin doldurduğu rolü üstlenmek ve kalp yetersizliği hastası olan eşine bakmak her zaman daha çok zaman alır (32).

Pressler ve arkadaşlarının (6) çalışmasında, bakım verme süresinin ortalama dokuz yıldan fazla olduğu ve bu sürenin bakımverenlerin bakıma bağlı hayatlarında ortaya çıkan değişikliklere karşı duyarlılıklarını etkilediği saptanmıştır. Sounders'ın (5) çalışmasında ise günde ortalama bakım süresinin sekiz saatten fazla olduğu, bakımverenlerin büyük çoğunluğunun bir yıldan fazladır bu rolü yaptıkları görülmüştür.

Bakımverenlerin yarısının hastalıkla ilgili bilgisinin olduğu, bu bilginin %40'ının hemşirelerden alındığı görülmektedir. Eğitim alması, bireylerin hastalık semptomlarını daha etkili olarak yönetebileceğini, hastalara uyumun daha iyi sağlanabileceğini, baş etme yöntemlerinin daha iyi öğrenebileceğini dolayısıyla yaşam kalitesinin yükseleceğini, anksiyete depresyonun azalacağını düşündürür.

Bakımverenlerin yarısından fazlasının (%64.7) evde hastasıyla, büyük çoğunluğunun (%97.3) ise tedavi süreci ile ilgili sıkıntılar yaşadıkları görülmüştür. Bakımverenlerin tedavi süreci ile ilgili yaşadığı sıkıntılar sorgulandığında; bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%56) hastanede çok sıra beklediklerini, %28.7'si bilgi alacak kimseyi bulamadıklarını, %14.7'si hastaneye ulaşımında güçlük yaşadıklarını, %12'si sevk işlemlerinde zorlandıklarını, %10.7'si ise eczanelerde ilaç bulmada güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Bakımverenlerin Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Depresyon Düzeyleri:

Bakım verme, bakımveren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (80).

Araştırma sonucunda yaşam kalitesi anketinden alınan 50 puanın orta düzey olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin arttığı göz önünde bulundurulunca; elde edilen puan ortalamaları bakımverenlerin orta düzeyde yaşam kalitesine, yüksek düzeyde depresyona ve risk düzeyinde anksiyeteye sahip olduğunu, %50'sinin anksiyeteli, %62.7'sinin ise depresif olduğunu göstermektedir.

Depresyon ve anksiyete kalp yetersizliği hastaları ve bakımverenleri için yaygın bir psikolojik sorundur (29). Kalp yetersizliğinin son safhasında da bir hastanın bakımverenin %45'sinde depresyon, %50'sinde anksiyete görülmüştür. (29). Pressler ve arkadaşlarının (6) çalışmasında, bakımverenlerin fiziksel ve duygusal yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Makdessi ve arkadaşlarının (107) çalışmasında bakımverenlerin %44'ünün anksiyeteli, %24'ünün depresif olduğu görülmüştür.

Maalesef, şiddetli fiziksel yetersizliği olan bir sevdiğinin bakımının fiziksel ihtiyaçları bakımverenlerde duygusal refahın azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (32). Birçok çalışmada kronik hastalıkların bakım verenlerin stres, sıkıntı, depresyon, anksiyete yaşadıkları ve zayıf fiziksel ve

duygusal sağlığa sahip oldukları görülmektedir. Bu nedenle hastaların bakım kalitesini sürdürmek için bakımverenlerin desteklenmesi ulusal bir sağlık önceliğidir (6).

Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süredeki artış, hem hasta hem de ailesi için bazı kısıtlamalara ve zorluklara neden olabilmekte, hastalık ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmaktadırlar (68). Hastanın bakımverenleri, ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın işlevlerini üstlenme, çalışmayan kişi ile azalan gelir kaynakları ve hastalıkla artan giderleri karşılama çabaları içinde depresif ve anksiyeteli olabilir (101). Bakımverenlerde yapılan çalışmalarda ortaya çıkan en önemli sonuç, depresif belirtilerdir. Bakımverenlerin depresif belirtileri, yalnızlık duygusu yaşamaları, korku, iştahlarının azalması, yorgunluk ve uyku bozuklukları şeklinde görülmektedir (81).

Bakımverenlerin yaşam kalitesini ve anksiyete–depresyonu etkileyen faktörler; ileri yaş, eşlik eden tıbbi rahatsızlıklarının olması, bakım ihtiyacı olan başka bireyin varlığı, kalp yetersizliği olan hastaların birden fazla ek hastalığının olması, bakım saatlerinin uzun olması, bakım sonucunda sağlığın bozulduğunu hissetme, terk edilmişlik hissinin olması ve yakınlarının desteğinin olmamasıdır (5). Bu bağlamda hemşirelik girişimi ve yüksek risk profilindeki bakımverenlere destek olmak önemlidir. Teorik ve uygulamalı hemşirelik eğitimi bakımverenlere verildiğinde, bakım yükünün ve depresyonun azaldığı ve hastanın yaşam kalitesinin ve ruh halinin yükseldiği bilinen bir gerçektir (5,108,109).

Bakımverenlerin Yaşam Kalitelerinin ve Anksiyete – Depresyon Düzeylerinin Sosyodemografik Verilerle İlişkisi:

Erkeklerin kadınlara göre fiziksel fonksiyon ve ağrı puanlarının daha yüksek olduğu, anksiyete alt ölçeği puanlarının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet faktörünün regresyon analizinde fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olduğu görülmüştür. Anksiyete, kadınların ailedeki görev dağılımından daha fazla yüklü çıkmalarının yarattığı stres faktörüne (68), sürekli hasta ile birlikte evde olmalarından ve bir hastaya bakmakla sorumlu olmanın yanı sıra erkeğin rollerinin de bir kısmını üstlenmek zorunda kalmalarına bağlı olabilir. Oysa erkek hasta yakını işi nedeni ile evden ayrılmakta, böylece sorunlardan bir süre uzaklaşabilmektedir (24). Ayrıca erkeklerin kültürel faktörlerin cinsiyete özgü yüklediği sorumluluklar gereği yaşam şartlarına karşı daha dirençli olma çabalarından dolayı, yaşam kalitesinin yüksek, anksiyete depresyon düşük olduğu düşünülebilir Bu yüzden kadınlar, erkeklere göre daha çok desteğe ihtiyaç duyarlar. Chung ve arkadaşlarının (29) çalışmalarında, cinsiyetin anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Aynı zamanda bakımveren, hastanın durumunun ne olacağına, hastaya rahatsızlık veren semptomların nasıl giderileceğine ve duygusal olarak etkilenen olaylarla nasıl baş edileceğine ilişkin anksiyete de yaşanmaktadır (33).

Araştırma kapsamına alınan bakımverenlerde yaş ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve depresyon alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça yaşam kalitesi alt ölçekleri puanlarının azaldığı, depresyon alt ölçeği puanında ise arttığı görülmüştür. Fakat yaş faktörünün regresyon analizi sonucuna

göre fiziksel fonksiyon ağrı ve vitalite alt ölçekleri ile anlamlı olduğu saptanmıştır. Sherwood ve arkadaşları (81), Pressler ve arkadaşları (6) çalışmasında yaşın depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığını saptamıştır.

Çalışmamızda genç yaştaki bakımverenlerin yaşam kalitesinin yüksek, anksiyete depresyonunun düşük bulunmasının gençlerin geleceğine dair planlarına ve bunları gerçekleştirebilmek için hayattan beklentilerinin daha fazla olmasından, sorunlarla baş etmede mücadeleci olmalarından, fiziksel ve mental olarak daha ileri yaştakilere göre daha iyi performans sergilemelerinden, hayattan beklentisi olmayan yaşlı bireylerin ise bakıcılık rolünde zorlanmalarından, kendi sağlıklarına yeteri kadar zaman ayıramamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Evli olanların bekarlara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü puanlarının düşük, anksiyete alt ölçek puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat medeni durum faktörünün regresyon analizi sonucu anlamlı olmadığı görülmüştür. Evli olan bakımverenlerin toplumdaki farklı rollerinden (eş, anne) dolayı sorumluluklarını yeteri kadar yerine getirememeleri, çocuk bakımının, hasta bakımının ve ev işlerinin bireyi zorlaması yaşam kalitesini ve anksiyeteyi olumsuz yönde etkilediğini düşündürür. Aynı zamanda bekar olanların yaşamlarından daha fazla doyum aldıkları ve çocuk ya da eş sahibi olmadıkları için onlara karşı olan sorumlulukların yerine getirememenin kaygısını yaşamadıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü, anksiyete ve depresyon alt ölçekleri puan ortalamalarının bakımverenlerin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği eğitimi düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanlarının arttığı anksiyete depresyon alt ölçekleri puanlarının azaldığı görülmüştür. Eğitimin yükselmesine paralel olarak bilinçli baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi, problem çözme becerilerinin artması ve sosyo ekonomik düzeyin yükselmesi beklenir. Bu bağlamda kişinin sağlık ve ulaşım olanaklarından yararlanabilme, ihtiyaçlarını giderme, sağlık ve hastalık ilgili daha bilinçli olma, bilgi ve habere ulaşabilme, yaşam kalitelerini arttırabilecek olanaklardan daha fazla haberdar olabilme şansı da artacaktır. Tüm bunlar yaşam kalitesinin artmasına, anksiyetenin azalmasına neden olur.

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, eğitim durumu faktörünün yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon ile anlamlı olmadığı saptanmıştır. Agren, Evangelista ve Strömberg (14) çalışmasında kalp yetersizliği ile ilgili bilgi sahibi olunması eşler tarafından bakım sorumluluğunu yerine getirmede önemli bir husus olarak tarif edilmiştir. Bu çalışmada, kalp yetersizliği olan hastalara ve onların eşlerine destek ve eğitim verilmesinin her iki grup içinde iyi bir yaşam kalitesi yaratılmasında gerekli olduğu sonucuna varılmıştır (14).

Yapılan çalışmalarda bakımverenlerin yaşam kalitesi ve acil durumda yapılması gerekenler konusunda eğitim ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir (69). Bu durumda bakımverenlere kalp yetersizliği tedavisi ve bu hastalıkla yaşam konusunda rutin bilgiler verilmelidir.

Fiziksel fonksiyon, ağrı ve depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının mesleğe göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu görülmüştür. Ev hanımı ve emekli olanların diğer meslek gruplarına göre yaşam kalitesinin düşük, depresyon puanının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni olarak, ev hanımlarının evde ve hastanelerde sürekli hasta ile birlikte olmaları, hastanın tüm yaşadıklarını paylaşmaları ve kendilerine yeterli zaman ayıramamaları düşünülebilir. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, meslek faktörü bakımverenin genel sağlık ve depresyon düzeylerini etkilemektedir.

Bireylerin bir işte çalışma durumuna göre, bir işte çalışanların fiziksel fonksiyon, ağrı puan ortalamaları çalışmayanlardan yüksek, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinin puanları ise düşük olduğu bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, çalışma faktörü yaşam kalitesi ve anksiyete-depresyon düzeylerini etkilememektedir. Çalışan bireylerin aile ve akrabalar dışındaki sosyal çevresinin sosyal destek kaynaklarının artmasına neden olması, bireyin ekonomik bağımsızlığının olması, iş gibi günün belirli saatlerini kapsayan bağlayıcı bir unsur nedeni ile evden ayrılabilmesi, böylece sorunlardan bir sürede olsa uzaklaşabilmesi yaşam kalitesinin yüksek, anksiyete-depresyonunun düşük bulunmasının nedenleri olabilir.

Bakımverenin gelir gider durumu, fiziksel fonksiyonu, genel sağlık alt ölçekleri ile arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon analizi sonuçlarına göre, gelir gider durumu fiziksel fonksiyon alt ölçeğini etkilemiş, anksiyete-depresyon düzeylerini etkilememiştir. Ekonomik durum genel popülasyonda bile yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelir düzeyi düştükçe bakımverenin bakım ve diğer yaşantıları ile ilgili stresörlere uyum sağlayamaması, kendine ve başkalarına karşı yıkıcı davranışlarda bulunması ve çevresinden kendini izole etmesi beklenir.

Kalp yetersizliği tanı aşamasından itibaren uzun bir bakım süreci gerektirmesi nedeni ile hastalar kadar bakımverenlerini de fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi olarak etkilemekte, yoğun stres ile birlikte ekonomik açıdan da bakımverenlere ağır bir yük oluşturmaktadır (23). Bu yük hem bireyin kendi cebinden ödemek zorunda kaldığı tanı, tedavi ve bakım masrafları gibi doğrudan giderler, hem de hastane ortamında yemek için, hastaneye gidip gelmek için yol masrafları gibi dolaylı giderler olabilmektedir.

Çalışmamızda herhangi bir hastalığı olan bakımverenlerin sosyal fonksiyon alt ölçeği dışında tüm yaşam kalitesi alt ölçek puanları olmayanlara puanlarına göre düşük olduğu, anksiyete depresyon puanlarının ise daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, hastalık varlığı fiziksel rol güçlüğü ile anlamlı olduğu, anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Her yıl 65.000'den fazla kalp yetersizliği hastasının evde bakım aldığı, bu hastaların evde bakım alan diğer hastalardan daha yaşlı olduğu, daha çok kronik probleme sahip olduğu dolayısıyla bakımverenlerin ruh sağlığında, maddi durumunda, toplumsal etkinlik ve ilişkisinde bozulmalar görülmektedir (23). Kişinin genel sağlığı da olumsuz etkilenmektedir. Tüm bunlar ile birlikte kronik bir hastalığı olan bireyin kendine ve sağlığına ayıracak zamanı bulamaması, baş etme mekanizmalarının yetersiz kalması, yaşamlarında kontrolün kaybolduğunu

hissetmeleri, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, anksiyete-depresyonu arttırdığı düşünülür.

Bakımverenlerin sağlık durumu kötüleştikçe yaşam kalitesi puanlarının düşmekte, anksiyete depresyonun puanlarında artmakta olduğu görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, sağlık durumu yaşam kalitesi ve anksiyete–depresyon düzeylerini etkilemiştir.

Aile üyelerinden birisinin hastalığı nedeniyle, diğer aile üyelerinin de sağlığının olumsuz yönde etkilendiğini söyleyebiliriz. Bu da bakımverenin yüksek düzeyde ruhsal sıkıntı yaşamasına ve kendi öz bakımını ihmal etmesine neden olabilir. Araştırmalarda bütün bakımverenlerin ilgi sağlayıp bakım verme rolünü istedikleri halde birçoğunun sağlığı ve sosyo-ekonomik durumu etkilenenlerin negatif tecrübeler yaşadığı saptanmış uzun süren hasta bakımının, bakımverenin sağlık durumlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (32). Bakımverenlerin sağlık durumunun iyi olmadığı durumda bakım yükünün artması, iş, gelir kaybı vb. nedenlerle daha fazla finansal yük yaşamaları ve medikal masraflarının artması, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Bakımverenlerin Yaşam Kalitelerinin ve Anksiyete-Depresyon Düzeylerinin Hasta ile İlgili Verilerle İlişkisi:

Hasta ile birlikte yaşayan bakımverenlerin fiziksel fonksiyon puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Regresyon analizi sonuçlarında ise, anlamlı olmadığı görülmüştür. Hastaların çocuklarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite ve emosyonel rol güçlüğü puanlarının hastaların eşlerinden ve diğer yakınlarından daha yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Fakat yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre yakınlık derecesinin fiziksel rol güçlüğü ile anlamlı olduğu, anksiyete-depresyon ile tek başına anlamlı olmadığı saptanmıştır.

“Aile sistemi teorisine” göre ailede bir hastalık baş gösterdiğinde etkisini sadece hasta birey üzerinde göstermez; bu etki tüm aile sistemlerinin üzerine yansır (76). Eşlerin hastaya duygusal ve fiziksel destek vermede önemli katkılarının olduğu literatürde de belirtilmektedir. Ailenin günlük yaşamlarının ve rutinlerinin sürekliliğini sağlamada odak kişiler olan eşlerin bu işlevler dışında kendi gereksinimlerini karşılama sorumlulukları da vardır. Yapılan çalışmalarda eşlerin mesleki yaşamlarında, evde ve çocuk bakımında ve diğer aktivitelerde sorumluluklarını yerine getirmekte sorun yaşadıkları kronik hastalık sonucu rol değişikliği nedeniyle gerginlik, duygusal sıkıntı, psikosomatik şikayetlerinin olduğu belirtilmiştir (24,33). Tüm bunların yaşam kalitesini ve anksiyete-depresyonu olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir. Bu nedenle eşler tüm bu sorunları aşabilmek için daha fazla desteğe gereksinim duymaktadır.

Ayrıca eş, kardeşler ve çocuklar gibi görev devri yapmaksızın, kendi primer bakım sorumlusu olarak hissetmektedirler (24). ve diğer aile bireyelerine nazaran daha uzun soluklu psikolojik destek ve yardım sağlarlar (14,107,108). Marttenson ve arkadaşlarının (13) çalışmasında kalp yetersizliği olan hastaların ve eşlerinin önemli ölçüde farklı seviyelerde depresyon ve yaşam kalitesi yaşadıklarını belirtmiştir. Bir

çalışmada eşlerin depresyon belirtilerinin yaygınlığı %23-%47 arasında saptanmıştır (29,109).

Bakımverenlerin aile içinde aldıkları sorumluluklara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, ağrı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Ev hanımı olanların yaşam kalitesi tüm alt ölçek puanları diğerlerine göre düşük, anksiyete-depresyon alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuş, çocukların ise yaşam kalitesi tüm alt ölçek puanları diğerlerine göre yüksek, anksiyete-depresyon alt ölçek puanları daha düşük olduğu saptanmıştır. Fakat regresyon analizi sonuçlarında genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olduğu görülmüştür. Ev hanımlarının evde ve hastanede sürekli hasta ile birlikte olmaları, hastanın tüm yaşadıklarını paylaşmaları ve kendine zaman ayıramamaları, hasta bakımı dışında çocuk bakma, yemek yapma, alışveriş, temizlik gibi birçok role bölünmeleri ve hepsine yetebilecek zamanlarının olmaması nedeniyle onlar endişe yaşarlar ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenir.

Evde bakımıyla sorumlu olduğu başka birey olan bakımverenlerin, olmayanlara göre fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan regresyon analizi sonuçlarında evde bakmakla sorumlu olduğu başka bireyin varlığı fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile anlamlı olduğu görülmektedir.

Hastalıkla ilgili bilgisi olan bakımverenlerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık puan ortalamaları bilgisi olmayanların puan ortalamalarında yüksek, anksiyete-depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları ise düşük olduğu saptanmıştır. Regresyon analizi sonuçlarında ise, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği ile anlamlı olduğu görülmüştür. Hastalık hakkında alınan bilgi bakımverenlerin hastanın yetilerini değerlendirmesine, stresi azaltmaya, baş etmeye yardımcı olduğu düşünülerek yaşam kalitesinin artması, anksiyete-depresyon azalması beklenen bir sonuçtur.

Evde hastasıyla ilgili sıkıntılar yaşayan bakımverenlerin, yaşayamayanlara göre fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt ölçek puanlarının daha düşük, anksiyete-depresyon alt ölçek puanlarının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, ağrı, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve anksiyete-depresyon alt ölçekleri ile anlamlı olduğu görülmüştür. Kalp yetersizliği hayatı tehdit eden ve günlük yaşamda ağır sonuçları olan ciddi bir rahatsızlıktır. Hastalığın seyri güçten düşüren semptomlar, sıklıkla hastaneye yatış ve kötü prognoz ile tanımlanır (73).

Kronik hastalığı olan hastalara evde bakan 44 milyon Amerikalıdan 4 milyonu kalp yetersizliği olan hastalara baktığı bilinmektedir. Kalp yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan yaşam stili değişiklikleriyle mücadele etmek hem hastalar hem de bakımverenleri için günden güne zorlaşmaktadır. Bu yüzden birkaç çalışmada bakımverenlerin kendi hayatlarını hastaların ihtiyaçlarını karşılamaya adadıkları için sosyal olarak soyutlanmış hissettikleri, fiziksel olarak yorgun oldukları, kendilerine verilen rolün stresine hazır hissetmedikleri, uykusuzluk yaşadıkları, hastaların şimdiki durumu ve gelecekteki ihtiyaçları konusunda ve hasta bakımının getirdiği

finansal yük konusunda anksiyete yaşadıkları rapor edilmiştir (5). Saunders'ın (5) çalışmasında, bakımverenlerin durumlarıyla ilgili yapılan görüşmeler boyunca ağladığını, hatta bir bakımverenin sürekli "sadece çok zor" diye tekrarladığını belirtmiştir.

Sevk işlemlerini zor bulanların fiziksel fonksiyon ve genel sağlık puan ortalamaları sevk işlemlerini zor bulmayanların puan ortalamasından düşük, sevk işlemlerini zor bulanların anksiyete puan ortalamaları sevk işlemlerini zor bulmayanların puan ortalamasından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür .

Eczaneden ilaç bulma gücüğü yaşayanların fiziksel fonksiyon, genel sağlık, vitalite ve emosyonel rol gücüğü puan ortalamaları eczaneden ilaç bulmakta güçlük çekmeyenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak daha düşük, depresyon alt ölçeğinde ise ilaç bulmakta güçlük yaşayanların puan ortalaması yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür .

Hastanede çok sıra beklediğini ifade eden bakımverenlerin fiziksel rol gücüğü, vitalite ve mental sağlık puan ortalamaları sıra beklemediğini söyleyenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak daha düşük, çok sıra beklediğini ifade edenlerin anksiyete puan ortalamaları sıra beklemediğini söyleyenlerin puan ortalamasından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, hastanede çok sıra beklediğini ifade eden bakımverenlerin fiziksel rol gücüğü ve anksiyete alt ölçekleri ile anlamlı olduğu saptanmıştır.

Hastaneye ulaşım gücüğünden şikayet eden vitalite ve emosyonel rol gücüğü dışında tüm yaşam kalitesi ölçekleri puan ortalamaları şikayet etmeyenlerin puan ortalamalarından düşük, şikayet edenlerin anksiyete-depresyon puan ortalamaları şikayet etmeyenlerin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, hastaneye ulaşım gücüğünden şikayet eden bakımverenlerin genel sağlık alt ölçeği ile anlamlı saptanmıştır

Günümüzde de kalp yetersizliği diyet, sıvı kısıtlaması, egzersiz, ilaç tedavisi ve semptomların kontrolü gibi rejimanları içeren karmaşık bir tedavi ile kontrol altına alınmaktadır. Bu rejimanların takibi, yaşanan sıkıntılar hastaların ve ailelerin yaşamlarını ciddi şekilde etkilemektedir (72). Bunun yanı sıra; ulaşım, hastayla iletişim, kaynak bulma, sağlık bakım profesyonellekle iletişim ve mali konular da bakımverenler tarafından algılananlar zorluklar arasında yer almaktadır (26).

Hastaların ve Bakımverenlerin Yaşam Kalitesi ve Anksiyete-Depresyon Arasındaki İlişki:

Çalışmamızda hastaların anksiyete-depresyon puanları ile bakımverenlerin anksiyete-depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastaların anksiyete depresyon düzeyleri arttıkça, bakımverenlerin de anksiyete depresyon düzeyleri artmaktadır. Hastaların yaşam kalitesi puanları ile bakımverenlerin yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastaların yaşam kalitesi azaldıkça, bakımverenlerin de yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Bakımverenlerin anksiyete-depresyon puanları ile hastaların yaşam

kalitesi puanları arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Hastaların yaşam kalitesi azaldıkça, bakımverenlerin anksiyete-depresyonu artmaktadır. Hastaların anksiyete-depresyon puanları ile bakımverenlerin yaşam kalitesi puanları arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Bakımverenlerin yaşam kalitesi azaldıkça, hastaların anksiyete-depresyonun arttığı görülmektedir.

Yaşam kalitesi düşük olan hastaların ve bakımverenlerin yaşamlarında daha fazla kaygı ve sıkıntı yaşadıkları bilinmektedir. Aynı zamanda hem hastaların hem de bakımverenlerin depresyon belirtilerinin ve kaygılarının yaşam kalitesini etkilediği de görünen bir sonuçtur. Puanlara genel olarak bakıldığında, kalp yetersizliği gibi hastalığı kendisi yaşamayan hasta yakınlarının puanlarının hastalarının puanlarına yakın olduğu ve her iki grubun farklı yaşam kalitesi alanlarında güçlük yaşadıkları görülmektedir. Bu sonuçlara göre hasta yakınlarının yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlarının tüm alanlarda hastaların puanlarından daha yüksek olsa bile, hastalık durumundan önemli ölçüde etkilendiklerini söyleyebiliriz.

Hastalar gibi bakımverenleri de kaygılarını çözerek ve gerekli yaşam stili değişiklikleriyle nasıl baş edeceklerini belirleyerek kalp yetersizliğinin kronik doğasını kabullenmelidirler. Çünkü kalp yetersizliği ve bağlı olarak hastaların işlevsel durumlarında oluşan değişiklikler, yaşlanma ve ölüm gerçeği, hastalar için olduğu kadar bakımverenleri içinde önemlidir (32). Kalp yetersizliği, hastanın ve bakımverenlerin yaşamları üzerindeki kontrol gücünü kaybetmelerine neden olan, bireylerin sosyal, ekonomik, aile/evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkileyen ve sağlık durumlarını bozan kronik bir hastalıktır. Bunun sebebi hem sağlık ekibi hem de aile tarafından hastaların ön planda olması, hasta ile ilgilenen bakımverenlerinin bu süreçte unutulması ve hem ruhsal hem de bedensel mahrum kalması ile açıklanabiliriz.

Kronik hastaların bakım kalitesini sürdürmek için bakımverenleri desteklemek ulusal bir sağlık öncülüğüdür (6). Kalp yetersizliği hastaların bakımverenleri hem hastaların yönetiminde hem de yaşam kalitesinde önemli bireylerdir (5). Sosyal destek kaynakları, kronik hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarında ve yaşamlarını sürdürmelerinde olumlu rol oynamakta ve yaşam kalitesini yükselmektedir. Bu nedenle bakımverenlere hasta bakımın onlara yüklediği yük hakkında nasıl hissettikleri sürekli sorulmalı, yardım alabilecekleri topluluklar oluşturulmalıdır.

SONUÇLAR

Hastalar ile İlgili Sonuçlar:

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının erkek, büyük çoğunluğunun evli ve aile bireyleri ile birlikte yaşadığı görülmektedir. Hastaların yaş ortalaması 60.9 ± 12.42 'dir. Hastaların üçte biri ilkokul mezunu, %8.7'si ise üniversite ve üzeri mezundur. Hastaların yarısına yakını emekli, %25.3'ünün ev hanımı, büyük çoğunluğunun çalışmadığı görülmektedir. Hastaların tamamına yakınının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların %40.7'sinin geliri giderinden az, %59.3'ünün gelirinin gidere eşit veya fazla olduğu görülmektedir. Hastaların BKİ ortalaması 26.44 ± 5.13 'tür. Hastaların yarısından fazlası şişman, %28.7'si normaldir.

Hastaların büyük çoğunluğunun NYHA II. sınıfta ve III. sınıfta olduğu görülmektedir. Hastaların ortalama EF değeri 46.77 ± 15.28 'dir. Hastaların büyük çoğunluğunun EF değeri %20-60 arasındadır. Hastaların yarısına yakını 3 yıldan daha uzun süre önce tanı aldığı, büyük çoğunluğunda kalp yetersizliğine eşlik eden bir hastalığının olduğu görülmüştür. Hastaların %63.3'ü daha önceden hastaneye yatmış olduğu, %38'inin 1-2 kez hastaneye yattığı görülmektedir. Hastalardan yarısından fazlasının diyetle uyduğu, büyük çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullandığı ve düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Hastaların sağlık durumlarına bakıldığında, %45.3'ünün kötü, %38'inin orta, %16.7'sinin iyi olarak tanımlandığı görülmüştür.

Hastaların beşte birinin sigara kullandığı, kullananların çoğunluğunun 20 yıldan daha fazla zamandır kullandığı görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu alkol kullanmamaktadır. Kullananların ise yarısından fazlasının 20 yıldan fazla alkol kullandığı görülmüştür.

Hastalara hastalıkla ilgili yaşadıkları semptomların varlığı sorgulandığında; hastaların çoğunluğunda yorgunluk, üçte ikisinde uyku problemi, %72'sinde nefes darlığı, %66.7'sinde aktivite kısıtlılığı, yarısında iştahsızlık, yarısına yakınında ödem, %29.3'ünde göğüs ağrısı, %38'inde ise kilo kaybı görülmektedir.

Hastaların tamamına yakınının hastane işlemlerinde, üçte ikisi ilaç almada, yarısı ev işlerinde, %66'sı alışverişte, %44'ü beslenmesinde, yarısı bireysel temizlik ve bakımda, %61.3'ü ise maddi destek sağlamada bakımverenlerinden yardım aldıklarını ifade etmiştir.

Yaşam kalitesi ile ilgili sonuçlar; fiziksel fonksiyon puan ortalaması 34.76, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 29.18, ağrı puan ortalaması 48.10, genel sağlık puan ortalaması 35.40, vitalite puan ortalaması 25.77, sosyal fonksiyon puan ortalaması 56.91, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 43.11, mental sağlık puan ortalaması 42.45 olarak saptanmıştır.

Yaşam kalitesi alt ölçeklere ilişkin anlamlı çıkan değişkenler: Fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile yaş, gelir-gider, NYHA, sağlık durumu, ödem, aktivite

kısıtlılığı, uyku problemi, beslenme; fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği ile cinsiyet, yaş, BKİ, başka bir kronik hastalık varlığı, son bir yılda hastane yatış sayısı, sağlık durumu, alışveriş; ağrı alt ölçeği ile eğitim, çalışma durumu, son bir yılda hastaneye yatış sayısı, bireysel temizlik ve bakım; genel sağlık alt ölçeği ile sağlık durumu, ödem ve nefes darlığı; vitalite alt ölçeği ile eğitim, sağlık durumu, nefes darlığı, göğüs ağrısı, uyku problemi; sosyal fonksiyon alt ölçeği ile başka bir kronik hastalık varlığı, son bir yılda hastane yatış sayısı, göğüs ağrısı, uyku problemi, alışveriş, bireysel temizlik ve bakım; emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği eğitim, NYHA, diyetle uyum durumu, sağlık durumu, sigara kullanımı ve göğüs ağrısı; mental sağlık alt ölçeği ile meslek, sağlık durumu, uyku problemi ve ilaç almadır.

Anksiyete ve depresyon ile ilgili sonuçlar; anksiyete puan ortalaması 11.51, depresyon puanı ise 11.35 olduğu belirlenmiştir. Hastaların yarısından fazlasında anksiyete olduğu, %44'ünde anksiyete olmadığı, %62.7 hastada depresyon olduğu, %37.3 hastada ise depresyon olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda kesme noktalarına göre hastaların depresyon oranı, anksiyete oranına göre yüksek bulunmuştur.

Anksiyete alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; eğitim, BKİ, son bir yılda hastaneye yatış sayısı, sağlık durumu, nefes darlığı, kilo kaybı ve maddi destek sağlamadır. Depresyon alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; yaş, BKİ, NYHA, düzenli egzersiz yapma ve sağlık durumudur.

Bakımverenler ile İlgili Sonuçlar:

Araştırmaya katılan bakımverenlerin büyük çoğunluğunun kadın, evli ve yaş ortalamasının 45.59 ± 13.57 olduğu görülmüştür. Bakımverenlerin %36.7'si ilkökul, %22.7'si üniversite ve üzeri, %17.3'ü ise lise mezunudur. Bakımverenlerin %35.3'ünün ev hanımı, %18.7'sinin ise emekli olduğu ve yarısına yakının çalıştığı görülmektedir. Bakımverenlerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bakımverenlerin %26.7'sinin gelirinin giderinden az, büyük çoğunluğunun gelirinin giderine eşit veya fazla olduğu saptanmıştır. Bakımverenlerin yarısından fazlası en az bir hastalığının olduğunu belirtmiştir. Bakımverenlerin sağlık durumuna bakıldığında ise %32.7'sinin iyi, %52.7'sinin orta, %14.6'sinin iyi olarak tanımladıkları görülmektedir.

Bakımverenlerin büyük çoğunluğunun hasta ile birlikte yaşadığı, %39.3'ünün hastaların eşleri, %42'sinin hastaların çocukları olduğu saptanmıştır. Bakımverenlerin yarısından fazlasının aile içindeki sorumluluğunun ev hanımı olduğu görülmektedir. Bakımverenlerin büyük çoğunluğu evde bakmakla sorumlu olduğu başka bireyin olmadığını, yarısından fazlası ise hastanın bakımını diğer aile üyeleriyle paylaştığını ifade etmişlerdir. Bakım verme süresi (ay) ortalaması 46.73 ± 61.44 , günde bakım vermek için ayrılan sürenin (dakika) ortalaması ise 126.03 ± 131.56 olarak saptanmıştır. Bakımverenlerin yarısının hastalıkla ilgili bilgisi olduğu, bu bilgiyi %40'ının hemşirelerden aldığı görülmektedir. Bakımverenlerin yarısından fazlasının evde hastasıyla ilgili sıkıntılar yaşadığı, büyük çoğunluğunun ise tedavi süreci ile ilgili sıkıntılar yaşadığı görülmüştür.

Bakımverenlerin tedavi sürecinde yaşadığı sıkıntılar sorgulandığında; bakımverenlerin büyük çoğunluğu hastanede çok sıra beklediklerini, %12'si sevk

işlemlerinde zorlandıklarını, %10.7'si eczanede ilaç bulmada güçlük yaşadıklarını, %14.7'si hastaneye ulaşımında güçlük yaşadıklarını, %28.7'si bilgi alacak kimseyi bulamadıklarını ifade etmişlerdir.

Yaşam kalitesiyle ilgili sonuçlar; fiziksel fonksiyon puan ortalaması 72.70, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 54.67, ağrı puan ortalaması 62.60, genel sağlık puan ortalaması 47.30, vitalite puan ortalaması 38.81, sosyal fonksiyon puan ortalaması 64.83, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 49.14, mental sağlık puan ortalaması 45.22 olarak saptanmıştır.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerine ilişkin anlamlı çıkan değişkenler: Fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile cinsiyet, yaş, gelir-gider, sağlık durumu, evde bakmakla sorumlu başka bireyin varlığı ve hastalıkla ilgili bilgi varlığı; fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği ile hastalık varlığı, sağlık durumu, yakınlık derecesi ve hastanede çok sıra bekleme; ağrı alt ölçeği ile cinsiyet, yaş, sağlık durumu ve evde hastasıyla ilgili yaşanan sıkıntıların varlığı; genel sağlık alt ölçeği ile meslek, sağlık durumu, aile içindeki aldığı sorumluluk ve hastaneye ulaşım güçlüğü; vitalite alt ölçeği ile yaş, sağlık durumu, aile içindeki aldığı sorumluluk ve evde hastayla yaşanan sıkıntılar; sosyal fonksiyon alt ölçeği ile cinsiyet, sağlık durumu, hastalıkla ilgili bilginin varlığı ve evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılar; emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği ile cinsiyet, sağlık durumu, aile içindeki aldığı sorumluluk ve hastalıkla ilgili bilginin varlığı ve mental sağlık alt ölçeği ile sağlık durumu ve evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılardır.

Anksiyete-depresyon ilgili sonuçlar: anksiyete puan ortalaması 10.76, depresyon puanı ise 9.36 olduğu belirlenmiştir. Bakımverenlerin yarısında anksiyete olduğu, yarısında anksiyete olmadığı, %62.7 bakımverende depresyon olduğu, %37.3 bakımverende ise depresyon olmadığı tespit edilmiştir.

Anksiyete alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; cinsiyet, sağlık durumu, evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılar ve hastanede çok sıra bekleme, depresyon alt ölçeği ile anlamlı çıkanlar; cinsiyet, meslek, sağlık durumu, aile içindeki aldığı sorumluluk ve evde hasta ile ilgili yaşanan sıkıntılardır.

Hastaların ve Bakımverenlerin Yaşam Kalitesi ve Anksiyete-Depresyon Arasındaki İlişki ile İlgili Sonuçlar:

Hastaların anksiyete-depresyon puanları ile bakımverenlerin anksiyete-depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri arttıkça, bakımverenlerin de anksiyete-depresyon düzeyleri artmaktadır. Hastaların yaşam kalitesi puanları ile bakımverenlerin yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastaların yaşam kalitesi azaldıkça, bakımverenlerin de yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Bakımverenlerin anksiyete-depresyon puanları ile hastaların yaşam kalitesi puanları arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Hastaların yaşam kalitesi azaldıkça, bakımverenlerin anksiyete-depresyonu artmaktadır. Hastaların anksiyete-depresyon puanları ile bakımverenlerin yaşam kalitesi puanları arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Bakımverenlerin yaşam kalitesi azaldıkça, hastalar da anksiyete ve depresyonun arttığı görülmektedir.

ÖNERİLER

Çalışmamızdaki sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Kalp yetersizliği olan hastalarda ve bakımverenlerde yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini iyileştirebilecek girişimlerin ortaya konulabilmesi,
- Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerin yaşam kalitesi ve anksiyete-depresyon ile ilgili hemşirelik araştırmalarının artması,
- Hastalara ve bakımverenlerine farklı zamanlarda özel subjektif yaşam kalitesi değerlendirme ölçeklerinin uygulanması ve farklılıkların değerlendirilmesi, bu çalışmaların yaygınlaştırılması,
- Hemşireler tarafından düzenli aralıklarla hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Hemşireler tarafından kalp yetersizliği olan hastalar ve bakımverenlerin yaşam kalitelerini yükseltecek, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltacak hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi,
- Hastaların semptomlarının değerlendirilmesi ve semptom yöntemi ile yaşam kalitelerini iyileştirme, anksiyete-depresyonu azaltma girişimlerinin uygulanması,
- Kalp yetersizliği tanısı alan hastaların ve bakımverenlerin etkileşimde bulunabilecekleri destek gruplarının oluşturulması,
- Bakımverenler için; yardım alabilecekleri, soru sorabilecekleri dernekler, toplulukların oluşturulmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Demir, M., Ünsar, S. (2008). Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(8): 119-127.
2. Özkan, M., Bilgi, C., Uzun, M., Demirtaş, E. (2002). Konjestif Kalp Yetmezliğinde Kardiyak Troponin T, CK-MB, Myoglobin Düzeyleri. Gülhane Tıp Dergisi, 44(4): 405-408.
3. Aktoz, M. (2010). Poliklinikte Kalp Yetersizliği Hastası Takibi ve Tedavisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1: 57-62.
4. Cankurtaran, M., Arıoğul, S. (2004). Yaşlıda Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisi. Klinik Gelişim, 17(2): 90-100.
5. Saunders, MM. (2008). Factors Associated with Caregiver Burden in Heart Failure Family Caregivers. Western Journal of Nursing Research, 30(8): 943-957.
6. Pressler, SJ., Pizlo, L., Chubinski, SD, Smith, G., Wheeler, S., Sloan, R. (2009). Family Caregiver Outcomes in Heart Failure. American Journal of Critical Care, 18(2): 149-158.
7. Kontsam, V., Moser, DK., De Jong, MJ. (2005). Depression and Anxiety in Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 11(6): 455-460.
8. Koelling, TM., Cody, RJ. (2007). Sol Ventriküler Sistolik Disfonksiyona Bağlı Kalp Yetmezliği. Pratik Kardiyoloji, (Çev. Ed. Keleş, İ.). İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul. 207.
9. McMurray, J.J., Pfeffer, MA. (2005) Heart Failure. Lancet, 365: 1877-1889.
10. TKD, (2007). Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. http://www.tkdonline.org/kilavuzlar/ulusal/TKD_Kalp_Yetersizligi_Son_Erisim_Tarihi:10.12.2010.
11. Blinderman, CG., Homel, P., Billings, JA., Portenoy, RK., Tennstedt, SL. (2008). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Congestive Heart Failure. Journal of Pain and Symptom Management, 35(6): 594-602.
12. Mosterd, A., Hoes, AW. (2007). Clinical Epidemiology of Heart Failure. Heart, 93: 1137-1146.
13. Catherine, M. (2005). Chronic Heart Failure. Practice Nurse, 30(5).
14. Agren, S., Evangelista, L., Strömberg, A. (2010). Do Partners of Patients with Chronic Heart Failure Experience Caregiver Burden? European Journal of Cardiovascular Nursing, 9: 254-262.

15. Johansson, P., Dahlström, U., Broström, A. (2006). Factors and Interventions Influencing Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure: A Review of The Literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5: 5-15.
16. Sarıtaş, S. (2010). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Egzersizin Dispne ve Yorgunluk üzerine Etkisi. Doktora Tezi Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
17. Heper, C. (2004). Konjestif Kalp Yetersizliği. *Multidisipliner Kardiyoloji*.117-123.
18. WHO. Yaşam Kalitesi Tanımı. http://www.who.int/mental_health Erişim tarihi: 2011.
19. Şenol, Y., Türkay, M. (2006). Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(5): 382-388.
20. Aydemir, Ç., Kasım, İ., Cebeci, S., Göka, E., Tüzer, V. (2000). Kronik Böbrek Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10(2): 29-39.
21. Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastaların Psikososyal Uyumunu Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2): 1-7.
22. Heo, S., Lennie, TA., Okoli, C., Moser, DK. (2009). Quality of Life in Patients With Heart Failure: Ask The Patients. *Heart and Lung*, 38(2): 100-106.
23. Özer, S. (2010). Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1-7.
24. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2): 18-25.
25. Akıncı, A. (2010). Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı, 46-47.
26. Özer, S. (2010). Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi, Özel Sayı 3*: 27-35.
27. Özer, N., Hacıoğlu, N., Akyıl, RÇ., Pınar, R. (2006). Hastaların Kendilerini Bakım Veren Yakınlarına Yük Olarak Hissetme Durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4): 31-37.
28. Mete, HE. (2008). Konik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11 (Ek3): 3-18.
29. Chung, ML., Moser, DK., Lennie TA., Rayens, MK. (2009). The Effects of Depressive Symptoms and Anxiety on Quality of Life in Patients with Heart Failure and Their Spouses: Testing Dyadic Dynamics Using Actor–Partner Interdependence Model. *Journal Of Psychosomatic Research*, 1-6.

30. Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:227-239.
31. Marttenson, J., Dracup, K., Canary, C., ve Ark. (2003). Living with Heart Failure: Depression and Quality of Life in Patients and Spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(4): 460-467.
32. Dracup, K., Evangelista LS., Doering, L., Tullman, D., Moser, DK., Hamilton, M. (2004). Emotional Well-Being in Spouses of Patients with Advanced Heart Failure. *Heart and Lung*, 33(6): 354-361.
33. Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2: 24-33.
34. Thomas, SA., Chapa, D., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M., Lee, H. (2008). Depression in Patients with Heart Failure: Prevalence, Pathophysiological Mechanisms, and Treatment. *Critical Care Nurse*, 28(2): 40-51.
35. Akyol, A. (1993). Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(3): 71-75.
36. Özdemir, V. (2009). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
37. Grange, J. (2005). The Role of Nurses in The Management of Heart Failure. *Heart*, 39-42.
38. Hagglund, L., Boman, K., Olofsson, M., Brulin, C. (2007). Fatigue And Health-Related Quality Of Life In Eldery Patients With And Without Heart Failure In Primary Healthcare. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 6: 208-215.
39. İlerigelen, B. (2010). Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. *Türk Geriatri Dergisi*, Özel Sayı 2:21-32.
40. Durdu, S., Akar, R., Çavali, R., Eren, Nt., Çorapçıoğlu, T., Uçanok, K., Özyurda, Ü. (2003). İleri Dönem Kalp Yetmezliğinde Alternatif Arayışlar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 3:252-260.
41. Silistreli, E., Oto, Ö. (1999). Son Dönem Kalp Yetmezliğinde Uygulanan Cerrahi Tedavi Modaliteleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 7: 161-9.
42. Roger, VL., Weston, SA., Redfield, MM., Hellerman-Homan, JP., Killian, J., Yawn, B., Jacobsen, SJ. (2004). Trends in Heart Failure Incidence and Survival in a Community- Based Population. *JAMA*, 292(3): 344-349.
43. Pehlivanoglu, S. (2007). Ed: Enar, R., Temel Kardiyoloji, Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 537-549.

44. Pehlivanoğlu, S. (2007). Kalp Yetersizliği. Temel Kardiyoloji Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. (Ed: Rasim Enar). Nobel Tıp Kitabevleri, 537-550.
45. Kahraman, G., Ural, D. (2004). Klinik Kardiyoloji, Kalp Yetersizliği ve Şok Semdromu. (Ed: Komsuoğlu, B.). Nobel Tıp Kitabevleri. 377-410.
46. Özenci, M. (2004). Klinik Kardiyoloji, Kalp Yetersizliği: Klinik ve Tedavi. (Ed: Erol, Ç., Kozan, Ö., Sansoy, V.). Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, 285-317.
47. Tandoğan, İ. (2007). Kardiyoloji. (Ed: Cin, G.). Cilt 7. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 34-40.
48. Okay, T., Erdoğan, I. (2008). İç Hastalıkları, Kalp Yetersizliği. (Ed: Erol, Ç.). Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, 2105-2109.
49. Demir, M. (2008). Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
50. Özer, S. (2002). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
51. Özer, N., Aksöyek, S. (2004). Klinik Kardiyoloji, Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi. (Ed: Erol, Ç., Kozan, Ö., Sansoy, V.). Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, 275-285.
52. Kepez, A., Kabakcı, G. (2004). Kalp Yetersizliği Tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 69-81.
53. Büyüköztürk, K., Erzenin, F. (2007). İç Hastalıkları. (Ed: Büyüköztürk, K.). Cilt 2. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 1751-1791.
54. Givertz, MM., Colucci, WS., Braunwald, E. (2008). Kalp Hastalıkları. (Ed: Zipes, D., Libby, P., Bonow, R., Braunwald, E.). Cilt 1. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 539-599.
55. Çalık, N. (2007). Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. (Ed: Yavuz, B., Aytemir, K.). Baskı 2. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara, 101-118.
56. Olcay, T. (2001). 2001 Yılında Kalp Yetersizliğinde Gelişmeler. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 1: 301-306.
57. Khan, G. (2002). Kalp Yetersizliği. İçinde: Kalp Hastalıkları Tanı ve Tedavisinde Pratik Bir Yaklaşım. 4. Baskı, (Ed: Canbek En). Turgut Yayıncılık ve Ticaret A. Ş., İstanbul, 187-228.
58. Korkmaz, ME. (2003). Kalp Yetmezliği Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Türkiye Tıp Dergisi. 10 (1): 36-42.
59. Başar, I., Demiroğlu, C. (2000). Kalp Hastalıkları Tıbbi Tedavisi. Baskı 4. İstanbul, 153-164.

60. Özer, A., Argon, G. (2005). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1): 63-77.
61. Jolly, L. (2002). The Role of The Specialist Nurse. Heart, 88: 33-35.
62. Enç, N., Yiğit, Z., Altıok, M., Özer, S., Oğuz, S. (2007). Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2. Baskı. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları, 11-33.
63. Akbayrak, N., Erkal-İlhan, S., Ançel, G., Albayrak, A. (2007). Hemşirelik Bakım Planı. Ankara: Alter Yayıncılık.
64. Koçer, Z. (2006). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
65. Tezvaran, Z. (2010). Kronik Bel ve Boyun Ağrısı Olan Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
66. Eren, İ., Erdi, Ö., Çivi, İ. (2004). Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. Klinik Psikiyatri, 7: 85-94.
67. Buck, HG., Riegel, B. (2010). The Impact of Frailty on Health Related Quality of Life in Heart Failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 1-8.
68. Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S., Tulunay, C. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 20(3): 205-212.
69. Johansson, P., Broström, A., Dahlström, U., Alehagen, U. (2008). Global Perceived Health and Health-Related Quality of Life in Elderly Primary Care Patients with Symptoms of Heart Failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 269-276.
70. Archana, R., Gray, D. (2002). The Quality of Life in Chronic Disease - Heart Failure is as bad as it gets. European Heart Journal, 23: 1806-1808.
71. Oyan, G. (2006). Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
72. Luttik, Ml., Jaarsma, T., Veeger, N., Veldhuisen, DJ. (2005). For Beter And For Worse: Quality of Life, Impaired in HF Patients As Well As in Their Partners. European Journal of Cardiovascular Nursing, 4: 11-14.
73. Luttik, Ml., Jaarsma, T., Veeger, N., Tijssen, J., Veldhuisen, DJ., Sanderman, R. (2008). The Objective in Burden in Partners of Heart Failure Patients; Development and Initial Validation Of The Dutch

Objective Burden Inventory. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7: 3-9.

74. Molloy, GR., Johnston, DW., Witham, MD. (2005). Family Caregiving and Congestive Heart Failure. Review and Analysis. *The European Journal of Heart Failure*, 592-603.
75. Karakaş, SA. (2007). Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
76. Güner, İ. (2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49.
77. Karacan, Y., Kapucu, SS. (2010). Periferik Kök Hücre Naklinde Hastalarda Görülen Anksiyete ve Depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1): 77-82.
78. Jiang, W., Kuchibhatla, M., Cuffe, MS., Christopher, EJ., Alexander, JD., Clary, GL., Blazing, MC., Gaulden, LH., Califf, RM., Krishnan, RR., O'Connor, CM. (2004). Prognostic Value of Anxiety And Depression in Patients with Chronic Heart Failure. *Circulation*, 110: 3542-3456.
79. Sherwood, A., Blumenthal, JA., Trivedi, R. ve Ark. (2007). Relationship of Depression to Death or Hospitalization in Patients with Heart Failure. *Arch Intern Med*, 167: 367-73.
80. Şahin, ZA., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(2): 1-9.
81. Sherwood, PR., Given, CW., Given, BA., Von Eye, A. (2005). Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly Patients. *Journal of Aging and Health*, 17: 125-147.
82. Yazıcı, AE., Yazıcı, K. (2005). Koroner Kalp Hastalığı İçin Bir Risk Etkeni Olarak Depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 99-106.
83. Bekelman, DB., Havranek, EP., Becker, DM., Kutner, JS., Peterson, PN., Wittstein, IS., Gottlieb, SH., Yamashita, TE., Fairclough, DL. (2007). Symptoms, Depression, and Quality of Life Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8): 643-648.
84. Birol, L., Nuran, A., Bedük, T. (1997). İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. 6. Baskı, Ankara.
85. Birol, L. (2003). Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 5. Baskı. İzmir: Etki Matbacılık Yayıncılık.
86. Carpenito-Moyet, L. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Çeviri Ed. Erdemir, F.). Nobel Tıp Kitapevleri.
87. Akdemir, N., Birol, L. (2005). Kronik Hastalıklar ve Sorunları. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.

88. Pınar, R. (1995). Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
89. Ware, JE., Sherbourne, CD. (1992). The Mos 36- Item Short-Form Health Survey (Sf-36). I. Conceptual Framework And Item Selection. Med Care, 30 (6): 473-483.
90. Pınar, R. (1996). Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kullanımı: Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. Sendrom, 8(10):109-114.
91. Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 8(4): 280-287.
92. Zambroski, CH., Moser, DK., Bhat, G., Ziegler, C. (2005). Impact of Symptom Prevalence and Symptom Burden on Quality of Life in Patients with Heart Failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 198-206.
93. Heo, S., Moser, DK., Chung, Ml., Lennie, TA. (2010). Social Status, Health-Related Quality of Life, and Event-Free Survival in Patients with Heart Failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 1-9.
94. Patel, AR., Kotsam, MA. (2003). Kalp Yetmezliği Hastasının Değerlendirilmesi. İçinde: Crawford Kardiyoloji. 1.Baskı, 2. Cilt. Çeviren: Ülker T, And Danışmanlık,Eğitim, Yayıncılık Ve Organizasyon Ltd. Şti. İstanbul.
95. Aka, SA., Orhan, G., Şenay, Ş., Tartan, Z., Kurç, E., Yücel, O., Taşdemir, M., Eren, EE., (2006). Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Ameliyat Olmuş Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçümü. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 14(4): 266-271.
96. Jolly, K., Taylor, RS., Lip, G. (2007). Home- Based Exercise Rehabilitation in Addition to Specialist Heart Failure Nurse Care: Desing, Rationale And Recruitment to The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study for Patients with Congestive Heart Failure(Brum-Chf): A Randomised Controlled Trial. BMC Cardiovascular Disorders, 7: 9.
97. Karapolat, H., Durmaz, B., Nalbantgil, S., Durmaz, İ. (2006). Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Durum. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 6: 327-332.
98. Hou, N., Chui, MA., Eckert, GJ., Oldridge, NB., Murray, MD., Bennett, SJ. (2004). Relationship Of Age And Sex To Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure. AM Journal of Critical Care, 13(2):153-161.
99. Hallas, Cl., Andreou, P., Banner, Nr., (2010). Depression And Perceptions About Heart Failure Predict Quality Of Life İn Patients With Advanced Heart Failure. Heart And Lung, 111-121.

100. Cline, C.M.J., Willenheimer, R.B., Erhardt, L.R., Wiklund, L., Israelsson, B.Y.A. (1999). Health-Related Quality of Life in Elderly Patients with Heart Failure, *Scand Cardiovascular Journal*, 33:278-285.
101. Steptoe, A., Mohabir, A., Mahon, N.G., McKenna WJ. (2000). Health Related Quality of Life and Psychological Wellbeing in Patients With Dilated Cardiomyopathy. *Heart*, 83:645-50.
102. Pattenden, J.F., Roberts, H., Lewin, R.J.P. (2007). Living with Heart Failure; Patient and Carer Perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6: 273-279.
103. Franzen, K., Blomqvist, K., Saveman, B. (2006). Impact of Chronic Heart Failure on Elderly Persons' Daily Life: A Validation Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5: 137-145.
104. Ekman, I., Fagerberg, B., Lundman B. (2002). Health-Related Quality of Life and Sense of Coherence Among Elderly Patients with Severe Chronic Heart Failure in Comparison with Healthy Controls. *Heart and Lung*, 31(2): 94-100.
105. Crawford, M.H., DiMarco, J.P. (2003). Konjestif Kalp Yetmezliği, *Kardiyoloji*, 2.Cilt.
106. Friedman, M.M., Griffin, J.A. (2001). Relationship of Physical Symptoms and Physical Functioning to Depression in Patients with Heart Failure. *Heart Lung*, 30(2):98-104.
107. Makdessi, A., Harkness, K., Luttik, M.L., Mckelvie. (2010). The Dutch Objective Burden Inventory: Validity and Reliability in A Canadian Population of Caregivers for People with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-7.
108. Elbi, H. (2001). Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5: 5-10.
109. Moser, D.K., Worster, P.L. (2000). Effect of Psychosocial Factors on Physiologic Outcomes in Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(4): 106-115.

ÖZGEÇMİŞ

Halide USLU, 1986 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 2004 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde lisans öğrenimine başladı. 2008 yılında lisans eğitimini bitirerek Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ne bağlı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nda eğitimine başladı. 2010 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne atanarak çalışma hayatına adım attı. Halen hemşire olarak Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görevini sürdürmektedir.

EKLER

ONAM FORMU

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN ve BAKIMVERENLERİN
ANKSİYETE-DEPRESYON DÜZEYLERİ ve YAŞAM KALİTELERİNİN
BELİRLENMESİ**

İyi günler, ben Halide USLU. Kalp yetersizliği olan hasta ve hastaya bakımverenler hastalık ve tedavi süreciyle ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik güçlükler yaşayabilmektedirler. Bu nedenle kalp yetersizliği olan hastaların ve onlara bakım vermekle sorumlu kişilerin yaşadıkları güçlüklerin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi önemlidir. Bu gereksinimden yola çıkarak ‘Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakımverenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi’ konulu yüksek lisans tezi hazırlıyorum. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplayacağı soru formları hazırladım. Araştırmaya hiçbir şekilde isminiz kaydedilmeyecek ve sizlerden alınacak olan tüm bilgiler gizli tutulacak, sadece bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının imzası

Tarih:

Hemşire Halide USLU
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

HASTA BİLGİ FORMU

Hasta Dosyasından Alınacak Bilgi

New York Heart Association (NYHA) Fonksiyonel Sınıflama Sistemi

SINIF

Sınıf I(Hafif) ()

Sınıf II(Hafif) ()

Sınıf III(Orta) ()

Sınıf IV(Şiddetli) ()

Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu (EF).....

1-) Yaşınız:

2-) Cinsiyetiz:

a-Kadın ()

b-Erkek ()

3-) Boyunuz:

4-) Kilonuz :

5-) Medeni durumunuz:

a-Evli ()

b-Bekar ()

6-) Eğitim durumunuz:

a-Okur-yazar değil ()

b-Okur-yazar ()

c-İlkokul()

d-Ortaokul()

e-Lise()

f-Üniversite ve üzeri ()

7-) Mesleğiniz:

a-Memur ()

b-İşçi ()

c-Emekli ()

d-Ev hanımı ()

e-Diğer ()

8-) Şu anda çalışıyor musunuz?

a-Evet ()

b-Hayır ()

9-) Sosyal güvenceniz:

a-Var ()

b-Yok ()

10-) Ailenizin gelir-gider dengesi yaklaşık olarak nasıl?

a-Gelir gidere göre az ()

b-Gelir gideri dengeler ()

c-Gelir gidere göre yüksek ()

11-) Sigara kullanıyor musunuz ?

a-Hayır ()

b-Evet (süre/günlük miktar).....

12-) Alkol kullanıyor musunuz?

a-Hayır()

b-Evet (süre/günlük miktar).....

13-) Ne kadar süredir kalp yetersizliğiniz var?.....

14-) Kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığınız var mı?

- a-Hipertansiyon ()
b-Şeker hastalığı ()
c-Solunum sistemi hastalıkları ()
d-Hastalık yok ()
e-Diğer.....

15-) Kalp yetersizliği nedeniyle son bir yılda hastaneye yattınız mı?

- a-Hayır() b-Evet (kaç kez).....

16-) Hastalığınız ile ilgili aşağıda yer alan hangi belirtileri yaşıyorsunuz? (Belirtiniz)

Belirtiler	EVET	HAYIR
Yorgunluk/halsizlik		
Ödem		
Nefes darlığı		
Göğüs ağrısı		
Kilo kaybı		
Uyku problemi		
Aktivite kısıtlılığı		
İştahsızlık		

17-) Diyetinize uyuyor musunuz?

- a-Hayır () b-Evet ()

18-) İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- a-Evet () b-Hayır ()

19-) Egzersiz yapıyor musunuz?

- a-Evet() b-Hayır ()

20-) Birlikte yaşadığınız kişiler:

- a-Aile bireyleriyle(Açıklayınız)..... b-Yalnız () c-Diğer.....

21-) Yakınlarınız size hangi konularda yardımcı oluyorlar?

- a-Hastane işlemleri
b-İlaç alma
c-Ev işleri
d-Alışveriş
e-Beslenme
f-Bireysel temizlik ve bakım
g-Maddi destek sağlama
h-Diğer (açıklayınız).....

22-) Size göre sağlık durumunuz nasıl?

- a-İyi b-Orta c-Kötü

BAKIMVEREN BİLGİ FORMU

1-) Yaşınız:

2-) Cinsiyetiniz:

a-Kadın ()

b-Erkek ()

3-) Medeni durumunuz:

a-Evli ()

b-Bekar ()

4-) Eğitim durumunuz:

a-Okur-yazar değil ()

b-Okur-yazar ()

c-İlkokul ()

d-Ortaokul ()

e-Lise ()

f-Üniversite ve üzeri ()

5-) Mesleğiniz:

a-Memur ()

b-İşçi ()

c-Emekli ()

d-Ev hanımı ()

e-Diğer ()

6-) Şu anda çalışıyor musunuz?

a-Evet ()

b-Hayır ()

7-) Sosyal güvenceniz:

a-Var ()

b-Yok ()

8-) Ailenizin gelir-gider dengesi yaklaşık olarak nasıl?

a-Gelir gidere göre az ()

b-Gelir gideri dengeler ()

c-Gelir gidere göre yüksek ()

9-) Sigara kullanıyor musunuz?

a-Hayır ()

b-Evet (süre/günlük miktar).....

10-) Alkol kullanıyor musunuz?

a-Hayır ()

b-Evet(süre/günlük miktar).....

11-) Herhangi bir hastalığınız var mı?

a-Evet ()

b-Hayır ()

12-) Hasta ile birlikte mi yaşıyorsunuz?

a-Evet ()

b-Hayır ()

13-) Bakım verdiğiniz kişiye yakınlık dereceniz nedir?

a-Eş ()

b-Çocuk ()

c-Diğer

14-) Evde hastanızla ilgili yaşadığınız sıkıntılar var mı?

a-Hayır ()

b-Evet (Açıklayınız)

15-) Tedavilerle ilgili yaşadığınız sıkıntılar var mı?

- a-Yok ()
- b-Sevk işlemlerinin zor olması ()
- c-Eczaneden ilaç bulma güçlüğü ()
- d-Hastanede çok sıra bekleme ()
- e-Hastaneye ulaşım güçlüğü ()
- f-Bilgi alacak kimsenin olmaması ()
- g-Diğer (Açıklayınız).....

16-) Aile içinde sorumluluğunuz:

- a-Aile reisi ()
- b-Ev hanımı ()
- c-Çocuk ()
- d-Diğer

17-) Evde bakmakla sorumlu olduğunuz başka kimse var mı?

- a-Evet ()
- b-Hayır (Açıklayınız)

18-) Hastanın bakımını diğer yakınlarınızla paylaşıyor musunuz?

- a-Evet ()
- b-Hayır ()

19-) Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

20-) Hastanızın bakımı günde ne kadar zamanınızı alıyor?

21-) Hastalık hakkında bilginiz var mı?

- a-Evet ()
- b-Hayır () (23. soruya geçiniz.)

22-) Cevabınız evet ise bilgi kaynağınız nedir?

23-) Size göre sağlık durumunuz nasıl?

- a-İyi
- b-Orta
- c-Kötü

SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sol tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1.Genel Olarak Sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2.Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz.

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİZ

3.Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi <u>Büyük çaba gerektiren</u> aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi <u>Orta/hafif</u> aktivitelerde	1	2	3
c. <u>Paket veya çanta taşırken</u>	1	2	3
d. <u>Birkaç merdiven çıkarken</u>	1	2	3
e. <u>Bir kat merdiven çıkarken</u>	1	2	3
f. <u>Eğilirken, çömelirken</u>	1	2	3
g. <u>Bir kilometreden fazla yol yürürken</u>	1	2	3
h. <u>Birkaç yüz metre yürürken</u>	1	2	3
i. <u>Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken</u>	1	2	3
j. <u>Giyinirken veya yıkanırken</u>	1	2	3

4.Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerden herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a.İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan</u> daha az verimli oldunuz mu?		
c.İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?</u>		
d.İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk <u>çektiniz mi?</u> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)		

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?		
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan</u> daha az verimli oldunuz mu?		
c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden <u>daha az dikkatli yaptınız mı?</u>		

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi. (sadece bir rakam işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (sadece bir rakam işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok Fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi mi? (evde veya dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakam işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alınız.

GEÇEN AY BOYUNCA	NE KADAR SÜRE					
	Her zaman	Çoğunluk la	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiğiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkkın	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6

10. Geçen ay boyunca sağlığını, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

a-) Her zaman b-) Çoğunlukla c-)Bazen d-)Çok az e-)Hiçbir zaman

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlik leDoğru	Çoğunluk la Doğru	Emin Değilim	Çoğunluk la Yanlış	Kesinlik leYanlış
a. Diğer insanlardan daha az hasta oluyor gibiyim					
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d. Sağlığım mükemmel					

HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklımıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle az
- Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Seyrek

EK:2



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği



Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-1369
Konu : Araştırma

0.6.2009

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 29.06.2009 tarih ve B.30.2.AKD.0.Y2.70.01/649 Sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazınızda adı geçen, Yüksekokulunuz İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Halide USLU'nun "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakımverenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" konulu çalışmayı Hastanemiz bünyesinde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Abdullah ERDOĞAN
Başhekim
Dekan Yardımcısı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA
Tel : (242) 249 62 90
Faks : (242) 227 44 90

EK:3

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Sayı:B.30.2.AKD.0.01.00.00/ Etik/
Konu:

27/05/2009
ANTALYA

ETİK KURULU KARARI

Etik Kurulunun Adı, Adresi : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dumlupınar Bulvarı Kampüs 07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi : 27.05.2009

Araştırmanın tam adı :“Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakım Verenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi”

Sorumlu araştırmacının ismi : Doç.Dr.Zeynep CANLI ÖZER

Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr.Zeynep CANLI ÖZER tarafından yürütülecek olan “**Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakım Verenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi**” adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Mehmet ARMAN
Başkan

Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN
Başkan Yardımcısı
(Pratikte)

Yrd.Doç.Dr. Hanife ÖZTÜRK TÜRKMEN
Raportör

Prof.Dr. Aysel AĞAR
Üye

Prof.Dr. İrfan YÜCEL
Üye

Prof.Dr. Mevlüt ASAR
Üye

Prof.Dr. M. Akif ÇİFTÇİOĞLU
Üye

Prof.Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Üye

Doç.Dr. Ayşen BİNGÖL BOZ
Üye

Doç.Dr. Mender ÖZENCİ
Üye

Başeczacı Taliz BAYSAL
Üye

Avukat Sezgin TEKİN
Üye – Hukukçu
(Şehirdışında)

Bekir ÖZSOY
Üye – Halk Temsilcisi
(Katılmadı)

