

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARINDA KONFOR İLE
SEMPTOM ŞİDDETİ, ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARI VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hem. Büşra Nur DURMAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2022

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARINDA KONFOR İLE
SEMPTOM ŞİDDETİ, ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARI VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hem. Büşra Nur DURMAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2022

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARINDA KONFOR İLE SEMPTOM ŞİDDETİ, ÖZ-BAKIM
DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğrenci: Büşra Nur DURMAZ

Danışman: Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR

Bu tez çalışması 10.06.2022 tarihinde jürimiz tarafından "İç Hastalıkları Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye: Doç. Dr. İmatullah AKYAR
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye: Dr. Öğretim Üyesi Ayşe ARIKAN DÖNMEZ
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye: Dr. Öğretim Üyesi Özlem CANBOLAT
(Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

21 Haziran 2022

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

...../...../.....
()
Büşra Nur DURMAZ

1 “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

()

Buşra Nur DURMAZ

TEŞEKKÜR

Mesleki gelişimimde bana yol gösteren, aydınlatan ve her zaman destek olan danışmanım Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR'e, değerli katkılarından dolayı tez jürisi hocalarım Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU, Doç. Dr. İmatullah AKYAR, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ARIKAN DÖNMEZ ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT'a,

Tez çalışmamı yürüttüğüm Ankara Şehir Hastanesi MH-2 Kalp Damar Binası idari sorumluluları, koroner yoğun bakım ve kardiyojji servisi hemşirelerine,

Araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm kalp yetersizliği hastalarına,

Tez sürecimde manevi desteğini esirgemeyen ailem ve arkadaşlarıma tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

ÖZET

Durmaz, B. N., Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ile Semptom Şiddeti, Öz-bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışma, kalp yetersizliği hastalarının konfor ile semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma evreni Ankara Bilkent Şehir Hastanesi kardiyoloji servisleri ve koroner yoğun bakım ünitelerindeki kalp yetersizliği hastaları olarak belirlenmiştir. Örneklem sayısı güç analizi yapılarak mevcut kardiyoloji servisleri ve koroner yoğun bakım ünitelerindeki 123 kalp yetersizliği hastasından oluşmuştur. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarıma sahip bu araştırma, Şubat 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında Hasta Tanılama Formu, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-bakım Davranışları Ölçeği-12 ve Genel Konfor Ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Çalışmamızda kalp yetersizliği hastalarında konfor düzeyinin; hastaların yaşadığı semptom şiddeti ve yaşam kalitesi tarafından etkilendiği ($p<0.05$), öz bakımdan etkilenmediği ($p>0.05$) bulunmuştur. Semptom şiddeti ve yaşam kalitesinin konfor düzeyini %62,3 oranında açıkladığı bulunmuştur. Çalışmayan, yaşlı, bakım vereni olan, ileri evre, oksijen kullanan, hastaneye yatış ve acile başvuru sayısı fazla olanların konfor düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda kalp yetersizliği hastalarında; hasta merkezli bakım çerçevesinde, hemşirelerin konfor kuramının kullanımını yaygınlaştırması ve bakıma entegre etmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: kalp yetersizliği, konfor, semptomlar, öz-bakım, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Durmaz, B. N., Evaluation of the Relationship Between Comfort and Symptom Severity, Self-Care Behaviors and Quality of Life in Heart Failure Patients, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Internal Medicine Nursing Program Master's Thesis, Ankara, 2022. This study was conducted to evaluate the relationship between comfort and symptom severity, self-care behaviors, and quality of life in heart failure patients. The study population was determined as heart failure patients in Ankara Bilkent City Hospital cardiology services and coronary intensive care units. The sample size consisted of 123 heart failure patients in current cardiology services and coronary intensive care units by power analysis. This descriptive and correlational study was conducted between February 2022 and May 2022 using the Patient Diagnosis Form, Heart Failure Symptom Status Scale, Minnesota Heart Failure Living Questionnaire, European Heart Failure Self-Care Behaviors Scale and General Comfort Scale. According to our study, comfort level in heart failure patients was affected by the severity of symptoms experienced by patients and by their self-care behaviors ($p<0.05$); self-care was not influential on comfort ($p>0.05$). Symptom severity and quality of life explained 62.3% of comfort level. Patients who were unemployed, older, had care-giver, use oxygen, had high rate of hospital and emergency admission showed low comfort level. In this context, in patients with heart failure; within the framework of patient-centered care, it is recommended that nurses expand the use of comfort theory and integrate it into care.

Key words: comfort, heart failure, quality of life, self-care, symptoms.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYINLANMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
TABLolar	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1.Kalp Yetersizliği Tanımı, Önemi ve Epidemiyolojisi	5
2.2.Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi	5
2.3.Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları	6
2.4.Kalp Yetersizliğinin Patofizyolojisi	6
2.5.Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması	8
2.5.1.Amerikan Kalp Birliği'nin Kalp Yetersizliği Evrelemesi	8
2.5.2.Newyork Kalp Birliği'nin Kalp Yetersizliği Sınıflaması	8
2.6. Kalp Yetersizliği Tanılaması	9
2.7.Kalp Yetersizliğinin Tedavisi	9
2.7.1.Medikal Tedavi	9
2.7.2.Tıbbi Destek Cihazları	12
2.8. Kalp Yetersizliği ve Semptom Şiddeti	12
2.9. Kalp Yetersizliği ve Öz-Bakım Davranışları	13
2.10. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi	15
2.11. Kalp Yetersizliği ve Konfor	16
2.12. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tasarımı	20

3.2. Araştırmanın Zamanı, Yeri ve Özellikleri	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	24
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	25
4.BULGULAR	27
5.TARTIŞMA	42
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. Sonuçlar	47
6.2. Öneriler	47
7.KAYNAKLAR	49
8.EKLER	56
EK-1: Etik Kurul ve Kurum İzni	
EK-2: Orijinallik Raporu	
EK-3: Dijital Makpuz	
EK-4: Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-5: Hasta Tanıtım Formu	
EK-6: Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği	
EK-7: Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi	
EK-8: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-bakım Davranışları Ölçeği-12	
EK-9: Genel Konfor Ölçeği	
EK-10: Ölçek İzinleri	
9: ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

ACEI	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors-Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
AF	Atrial Fibrilasyon
AHA	American Heart Association-Amerikan Kalp Birliği
AMI	Akut Miyokard İnfarktüsü
ARB	Anjiotensin 2 Reseptör Blokerleri
ARNI's	Anjiotensin Reseptör Neprilisin İnhibitörleri
BKI	Beden Kütle İndeksi
BNP	B-tipi Natriüretik Peptit
BPH	Benign Prostat Hipertrofisi
cGMP	Siklik Guanozin Monofosfat
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
FMF	Familial Mediterranean Fever-Ailesel Akdeniz Ateşi
GFR	Glomerular Filtration Rate-Glomerüler Filtrasyon Hızı
HAPPY	Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey- Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevelans ve Öngördürücüleri
HFpEF	Heart Failure with Preserved Ejection Fraction-Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
HFREF	Heart Failure with Reduced Ejection Fraction-Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
HL	Hiperlipidemi
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	Kalp Yetersizliği
MET	Metabolik Eş Değer

MLHFQ	Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi-Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
NP	Natriüretik Peptit
NYHA	Newyork Heart Assosiation-Newyork Kalp Birliği
RAAS	Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi
VT	Ventriküler Taşikardi

TABLolar

Tablo	Sayfa
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımları (n=123)	27
4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımlar (n=123)	29
4.3. Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	32
4.4. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	33
4.5. Tanımlayıcı Özellikler ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	36
4.6. Hastalık Özellikleri ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
4.7. Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesinin Konfor Düzeyine Etkisinin İncelenmesi	40

GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı ve Önemi

Kalp yetersizliği (KY), kalbin metabolik gereksinimlerini karşılamak veya sistemik venöz dönüşü sağlamak için yeterli kan akışını gerçekleştiremediğinde açığa çıkan klinik bir tablodur (1). Dünya genelinde 2017 verilerine göre, tahmini olarak 64,3 milyon kişide KY olduğu bildirilmiştir (2). Amerikan Kalp Birliği (AHA)'ne göre 2012 yılından 2030 yılına kadar KY' de ortalama %46'lık bir artış olacağı ve 18 yaş üzeri 8 milyondan fazla insanın KY'den etkileneceği öngörülmektedir (3,4). Ülkemizde yapılan HAPPY (*Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey*) çalışmasına göre ise 2 milyondan fazla kişide KY bulunmaktadır (5).

Kalp yetersizliği, pek çok etiyolojik faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında; kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), hipertansiyon (HT), romatizmal ve iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır. Aynı zamanda kardiyomiyopati ve miyokardit de KY'ye neden olan etmenler arasında bulunmaktadır (6). KY belirti ve bulguları arasında en sık; dispne, ödem, abdominal rahatsızlık, hepatomegali, pulmoner raller, juguler ven dolgunluğu, ekstremitelerde soğukluk, ejeksiyon fraksiyonunda azalma ve kardiyak outputta düşüklük yer almaktadır (7,8). Bu belirtilere ağrı ve yorgunluk da eşlik edebilmektedir (9). Aynı zamanda ileri evre KY hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların acı çekmesine neden olan ağrı, enerji eksikliği, öksürük, uyku bozukluğu ve dispne gibi birçok semptom bildirilmiştir (9,10). KY hastalarında görülen bu semptomların sık görülüp yoğun bir şekilde deneyimlenmesi semptom şiddeti kavramına karşılık gelmektedir (10). Semptomların birey tarafından takip edilmesi ve semptom yönetimine ilişkin uygulamalar, hastalığa yönelik öz-bakım davranışlarıdır.

Öz-bakım; kişinin hastalığı ile ilgili belirtiler ortaya çıktığında, bu semptomları yönetebilmede ve sağlığını sürdürebilmede bağımsız olarak kararlar alabilmesi, kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenebilmesidir (11,12). KY tablosunda hastanın kendi sağlık sorumluluğunu tek başına üstlenmesi yeterli olmamakta; sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen kontrol ve tedavi faaliyetleri önem kazanmaktadır. Ancak sık kontrol ve tedavi uygulamaları, ilaç ve cihaz kullanımı ile birlikte hastaneye tekrarlı

yatışlar sağlık sistemine ekonomik yük oluşturmaktadır (13). Hastalar ve sağlık profesyonellerinin geliştirdiği işbirliği ile bireylerin hastalıkları üzerindeki farkındalıkları artmakta; böylelikle sağlık sistemindeki yük ve yoğunluk azalmaktadır (14). Hastaların tedaviye ve bakıma aktif katılarak öz-bakım davranışları geliştirmeleri, hastalığı ve belirtileri yönetebilmede oldukça önemlidir (14,119). Bu davranışlar arasında, düzenli egzersiz yapılması, sodyum alımının kısıtlanması, ilaçların düzenli kullanılması, belirtilerin hasta tarafından tanınabilmesi, kilo kontrolünün sağlanabilmesi ve kişinin sağlık profesyonellerinin önerilerine uyabilmesi yer almaktadır (13,14). Yapılan çalışmalarda KY hastalarında öz-bakım davranışlarının istendik düzeyde olmadığı bulunmuştur (15-17). Doorenbos ve ark. (17)'nin yaptığı bir çalışmada, hasta ve hemşire arasındaki iletişim eksikliğinin semptom yönetimini zorlaştırarak bireyin yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir. KY'de sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hastaların %94,1'ine doktor tarafından diyet önerilmesine karşın %23.5'inin önerilen diyete uyumsuz olduğu, diyete tamamen uyan hasta yüzdesinin ise %39.2 olduğu bulunmuştur (15). Moser ve ark. (16)'nin yaptığı çalışmada ise KY tanılı hastaların yarısından daha azının kilo takibi yaptığı bildirilmektedir. Bireyin öz-bakım davranışlarını kazanıp sürdürmesi hastalığı ve semptomları daha iyi yönetebilmesine, böylece yaşam kalitesinin yükselmesine olanak sağlar. KY'de yeterli öz-bakım davranışları ile hastaların yaşam sürelerinin uzadığı ve yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmiştir (18,19).

Yaşam kalitesi; yaşamdan keyif almayı ve mutlu hissetmeyi kapsayan, genel olarak "iyi olma hali" olarak tanımlanır (20). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşam kalitesini, "Kişilerin içinde buldukları kültür ve değerler sistemi içinde; hedefleri, beklentileri, refah seviyeleri bakımından yaşamdaki konumlarını algılaması" olarak ifade etmektedir (21). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise; bireyin sağlık, hastalık, sakatlık ve tedavinin etkinliği gibi bireye özgü deneyimleri doğrudan ya da dolaylı olarak tanımlamada kullanılan bir kavramdır (22). Zambroski ve ark. (23)'nin yaptığı bir çalışmada semptom şiddetinin KY olan hastalarda yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir. Dispne, yorgunluk gibi fiziksel belirtilere bağlı olarak aktivite intoleransı ve sıvı retansiyonundan kaynaklanan ödem tablosu yaşam kalitesinin azalmasında önemli faktörlerdir (24). Yapılan bir çalışmada; hastaların önemli kısmının giyinme, banyo yapma ve koşmada zorlandığı; tatile gitmenin hastalıklarını

ağırlaştıracağını düşündükleri; kendilerini işe yaramaz olarak tanımladıkları; kendilerini sınırlı hissettikleri; özgüvenlerinin azaldığı; aile sorumluluklarını tam olarak yerine getiremediği ve düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmekte zorlandıkları bildirilmiştir (15). Ayrıca hastalar; ekonomik, cinsel ve psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadır (102). Yorgunluk, ağrı, nefes darlığı gibi fiziksel semptomların yanında umutsuzluk ve yalnızlığın da eşlik edebileceği psikososyal belirtilerin yönetilebilmesi ve bireyin hastalığa özgü sorumluluğu üstlenmesi, yaşam kalitesinin yükselmesini sağlar. Öz-bakım davranışları gelişerek semptomları kontrol altına alınan ve yaşam kalitesi yükselen bir hasta, rahatlamış ve konforlu hissetmektedir (119).

Konfor; kısaca bireyin rahatlığının sağlanması olarak tanımlanan, bütüncül hemşirelik yaklaşımının temelini oluşturan bir kavramdır (25). Kolcaba, konforu; bireyin ihtiyaçlarına yönelik yardımda bulunma, huzurunu artırma ve sorunlar ile başa çıkabilmeye dair fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde beklenen bir çıktı olarak ifade etmiştir (26). Konfor düzeyi yüksek olan hastaların daha kısa zamanda iyileştiği ve konforun hastaları güçlendirmede destekleyici olduğu belirtilmektedir (27). Hastalara olumlu yönde birçok katkısı olan bu kavramın fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel olmak üzere dört boyutu bulunmaktadır (28). Fiziksel boyutta konfor gereksinimleri; fiziksel algılar ile homeostatik mekanizmayı içerir. Bu gereksinimler arasında dinlenme, hastalığa karşı oluşturulan tepkiler, beslenme ve hidrasyon yer almaktadır. Sosyokültürel boyuttaki konfor gereksinimleri; aile, arkadaşlar, kültür, din, taburculuk ve danışmanlığı içerir. Psikospiritüel konfor gereksinimleri; özgüven, cinsellik, yaşamın anlamı gibi ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşur. Çevresel boyuttaki konfor gereksinimleri ise; dış çevredeki ışık, ses, koku, renk, hastane ortamı gibi kavramları içermektedir (28-30). Kolcaba; öz-bakım davranışları gibi sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların konfor düzeyi ile ilişkili olduğunu belirterek; bu davranışların hastanede kalış süresini azalttığını, hastalık seyrini iyi yönde etkilediğini, memnuniyeti artırdığını bildirmektedir (28). Özellikle, dispne ve yorgunluk, hastaların evde vakit geçirmesine neden olarak sosyal izolasyona yol açıp; sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve konforu azaltmaktadır (31). Literatürde çevresel boyuttaki konfor gereksinimleri ile ilgili yapılan çalışmada, hastane ortamında KY hastalarının maruz kaldığı uyaran şiddetini azaltarak, sessiz bir

ortam oluşturulmasının kardiyak bakımda ve hastanın konfor düzeyi üzerinde faydalı olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bazı stresörlerin (dört kişilik odada kalma, sürekli alarm veren infüzyon pompaları, gürültülü ve kalabalık ortam) uyku yoksunluğu ve kaygıyı artırarak taşikardi ve HT'ye zemin hazırlayabileceği, bu durumun da miyokardın iş yükünü artırıp dispneyi şiddetlendirebileceği bildirilmiştir (32).

Kalp yetersizliği hastalarında konfor düzeyi, hastaların yaşadığı semptom şiddeti ve öz-bakım davranışları tarafından etkilenmektedir. Ayrıca konfor düzeyi ile yaşam kalitesinin fiziksel ve duygusal alt boyutlarının ilişkili olduğu düşünülmektedir (28). Bu bağlamda konfor teorisi ile; KY tanılı hastaların semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. KY hastalarında konfor düzeyi ile semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ayrı ayrı inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunurken (28,32,33), literatürde bu ilişkiyi birlikte değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın; KY hastalarında konfor teorisinin kullanımını yaygınlaştırarak; hastaların öz-bakım davranışlarının geliştirilmesi, semptom şiddetinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasında faydalı olabileceği düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılan bu çalışmada; KY hastalarının konfor düzeyi, semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi seviyeleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kalp Yetersizliği Tanımı, Önemi ve Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliği, kalbin fonksiyonel veya yapısal bozuklukları nedeniyle sol ventrikül disfonksiyonu sonucu sistemik ihtiyaçları karşılamada yeterli debinin sağlanamamasıyla karakterize, ventrikül dolum veya konjesyonun bozulmasından kaynaklanan karmaşık, heterojen bir patolojik tablodur (34-39). Küresel çapta hastalık yükü oldukça fazla olan KY, önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye yol açan bir halk sağlığı sorunu olarak literatürde yer alıp, sağlık sistemine yük oluşturmaktadır (19). Kanıta dayalı farmakolojik ve cihaz ile tedavilerinin yaygın olarak kullanılmasına rağmen; hastaların fonksiyonel kapasitesi bozulmakta, yaşam kalitesi azalmakta ve KY nedeniyle erken ölüm görülmeye devam etmektedir (36,40).

Kalp yetersizliği dünya nüfusunun yaklaşık % 1 ile % 2'sini etkileyen bir hastalıktır (41). Sistemik bir analizde KY, dünya çapında yaklaşık 63.4 milyon insanı etkileyen küresel bir pandemi olarak tanımlanmıştır (42). 2012 yılında yapılan HAPPY çalışmasına göre; ülkemizde % 2.9 prevalans ile 2 milyondan fazla KY hastası olduğu tahmin edilmektedir (5).

2.2.Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi

Kalp yetersizliği; perikard, miyokard, endokardiyum olmak üzere kalbin tabakaları ve elektrik potansiyeli, kalp kapakçıkları veya damar sisteminde meydana gelen herhangi bir patolojiden kaynaklanabilmektedir (36). Koroner arter hastalığı ve akut miyokard infarktüsü (AMI), tedavi süreçlerinde son yirmi yıldır süregelen gelişmelere rağmen KY'e neden olan en yaygın etiyolojik faktörlerdendir (37,46-48). AMI tanılı hastaların, taburculuk sonrası % 13'ünde 30 günde, % 20 ile % 30' unda 1 yıl sonra KY teşhis edilmekte; bu durum toplam mortalite riskini 3 kat, kardiyovasküler mortaliteyi 4 kat artırmaktadır (46). HT, DM, obezite gibi metabolik hastalıklar; dilate kardiyomyopati, konjenital kalp hastalıkları, ventrikül hipertrofileri, aritmiler, ileti bozuklukları, kardiyak lezyonlar dahil olmak üzere çeşitli bozukluklar KY'ye neden olmaktadır (36,37,45,49-51). Ayrıca KY, önceden var olan KY'nin alevlenmesi veya anemi, kronik böbrek hastalığı, KOAH gibi komorbiditeler

tarafından da tetiklenebilir (46). Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinin (HFpEF) nedenleri arasında anemi, hipertiroidizm, beriberi, multipl myeloma, gebelik, kemik paget hastalığı, karsinoid sendromu, polisitemia vera yer alıp; abdominal aort anevrizmaları ve lomber disk cerrahisinin büyük komplikasyonlarından arteriyovenöz şantlar ve aortokaval fistüller yer almaktadır (52). Özellikle genç hastalarda HFpEF nedenleri araştırılırken arteriyovenöz fistül ihtimali düşünülmelidir (37,52). Ender görülen diğer KY sebepleri arasında, genellikle parazit enfeksiyonlarına sekonder olarak gelişen, endomiyokardiyal fibrosis bulunup; nekroz, kardit, endokardiyal trombüs ve skarlaşma aşamalarını takip eden bir dizi süreç yer almaktadır (53).

2.3. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

Yapısal veya fonksiyonel anomaliler nedeniyle oluşan KY, birçok semptomu beraberinde getiren klinik bir sendromdur (43). KY olan hastalar düşük kardiyak outputtan kaynaklanan, şiddeti görece asemptomatikten belirgin fonksiyonel bozulmaya kadar değişen geniş bir yelpazede semptomlar yaşayabilirler (36). KY olan çoğu hasta, bozulmuş sol ventrikül miyokard fonksiyonuna bağlı olarak; dinlenme ya da egzersiz sırasında nefes darlığı, aktiviteyi tolere edememe, ayak bileklerinde şişme gibi deneyimler ile; yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, kaygı gibi semptomları da belirtmektedirler (35,37,40,44). Hastaların deneyimlediği belirtilere ek olarak; sağlık profesyonellerinin saptadığı objektif bulgular da mevcuttur. Bu bulgular; istirahat anında veya stres sırasında azalmış kardiyak output ya da artmış intrakardiyak basınç, taşikardi, taşipne, juguler ven basıncında artış, periferik ödem, pulmoner raller, plevral efüzyon ve hepatomegalidir (44). Ayrıca kardiyomegali, üçüncü kalp sesi, üfürümler, ekokardiyografide anormallikler, natriüretik peptit (NP) düzeyinde artış; istirahat anında kalpte yapısal ya da işlevsel bozukluğun göstergeleri olabilmektedir (44,45).

2.4. Kalp Yetersizliğinin Patofizyolojisi

Kalp yetersizliğinin başlangıcı kalbin pompalama gücünü azaltan tetikleyici bir durum ile ortaya çıkar (51). Kalp yetersizliğinde temel patogenez; miyokard kontraktilesinin bozulup ejeksiyon fraksiyonu (EF) değerinin %40-45 ve altında olduğu sistolik KY veya ventriküler yükün artıp EF'nin korunduğu diyastolik KY'dir (54). Kalbin fonksiyonları bozulup iş yükü arttığında; kan basıncını artırmak ve hayati

organların oksijenizasyonunu sağlamak için birçok fizyolojik mekanizma devreye girer (55). Kardiyovasküler homeostazisi kısa sürede sağlamada; diyastolde kalbe dolan kanın sistolde perifere aktarılmasını sağlayan *Frank Starling* mekanizması, sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) mekanizmasının aktivasyonu yer alır (54,55). İlk aşamada gerçekleşen kompensasyonlar, hastaların asemptomatik kalmasını sağlar. Ancak dekompanse, ilerleyici miyokardiyal oksijen ihtiyacı, sol ventrikül hipertrofisine yol açarak kalbin işlevselliğini azaltır (55). Homeostazis sağlanamadığından hastalarda semptomlar belirginleşir (54,55). Adaptif yanıtların sürekli oluşu, miyokardiyal hasara ek olarak damarlar, böbrekler, kaslar, akciğerler ve karaciğere zarar vererek kısır döngüyü devam ettirir (51,54). Kardiyak debinin düşüklüğüne bağlı olarak hipotansiyon ve aritmi gelişir ve renal perfüzyon bozulur. Renin, böbrek hipoperfüzyonuna yanıt olarak böbrekteki jukstaglomerüler hücreler tarafından salgınır (37). Bu durum, anjiyotensin-2 üretimine ve güçlü vazokonstrüksiyona neden olur. Ayrıca anjiyotensin-2, miyokardiyal hipertrofi, endokardiyal fibrozis ve diyastolik disfonksiyona yol açar (56). Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi mekanizması uyarılarak vücutta su ve sodyum tutulur. Etkin kan volümünün artışı, kalbin daha çok kanla dolmasına olanak sağlar. Frank Starling mekanizması ile miyokard daha güçlü kasılır. Renal reperfüzyon sağlandığında negatif geri bildirim aracılığıyla bu mekanizma inaktive olur (55,56). Yeterli kardiyak debi sağlanamadığında azalan aort ve karotis baroreseptör stimülasyonu katekolaminlerden adrenalin ve noradrenalin salınarak pozitif inotropik etki güçlendirilir. Taşikardi ve kan basıncı artışı görülür. Hacim veya basınç yüküne karşı kardiyomiyositler tarafından B tipi natriüretik peptit (BNP) üretilir ve vazodilatör etkiyi sağlayarak RAAS mekanizmasını inhibe eder (37,57). Kalp yetersizliğini tetikleyen durumlardan biri olan AMI'den sonra yarım saat içerisinde miyosit hücrelerinde yapısal değişiklik ve ödem gelişir. Üç saatlik iskemi sonrasında, yapısal değişikliği ilerleyici miyosit ölümü takip eder. Reperfüzyonun sağlanması, reaktif oksijen türlerinin üretimi yoluyla ikinci bir yaralanmaya yol açarak tromboemboliye, mikrovasküler disfonksiyonun şiddetlenmesine ve infarkta yol açar. Miyosit ölümüne bağlı olarak inflamatuvar yanıtın gelişmesi ise KY gelişimine neden olur (46).

2.5.Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

KY'nin pek çok sınıflaması mevcuttur. KY; başlangıcına göre akut veya kronik KY, ventrikül disfonksiyonuna göre sistolik ve diyastolik KY, ventrikülün anatomisine göre sağ ve sol KY olarak sınıflandırılır (51,53). AHA ve Newyork Kalp Birliği (NYHA) sınıflamaları KY'de en sık kullanılanlar arasındadır (51).

2.5.1.Amerikan Kalp Birliği'nin (AHA) Kalp Yetersizliği Evrelemesi

AHA, KY'yi semptom şiddetine göre 4 evrede incelemektedir. Evre A ve B, KY tanısı alma riski yüksek olan ve asemptomatik hastaları kapsarken; C ve D evreleri semptomatik hastalara uygundur:

-Evre A: Asemptomatik, kalp hasarı yok ancak KY için risk faktörü var (örneğin HT),

-Evre B: Asemptomatik, kalp hasarı ve sol ventrikül fonksiyon bozukluğu var (örneğin sol ventrikül hipertrofisi, AMI),

-Evre C: Kalp hasarıyla birlikte semptomatik,

-Evre D: Refrakter ve son dönem kalp yetersizliği (53).

2.5.2.Newyork Kalp Birliği (NYHA)'nin KY Sınıflaması

NYHA'nın fonksiyonel sınıflaması, hastaları semptomların şiddeti ve egzersiz intoleransına göre kategorize etmek için kullanılmaktadır (53). Fonksiyonel sınıf arttıkça, prognoz kötüleşmekte ve mortalite artmaktadır (53,121):

Sınıf I- Yüksek düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır. Hasta ≥ 7 metabolik eşdeğer (MET) gerektiren (örn: basketbol) aktiviteleri yapabilir,

Sınıf II- Orta düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır (ör; merdiven çıkma). Hasta ≤ 5 MET gerektiren aktiviteleri yapabilir,

Sınıf III- Hafif düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır. Hasta ≤ 2 MET gerektiren aktiviteleri yapabilir,

Sınıf IV- İstirahatta semptomatik hasta > 2 MET gerektiren aktiviteleri yapamaz (53).

2.6. Kalp Yetersizliği Tanılaması

KY tanılmasında; ilk etapta kalbin iç yapısının ve fonksiyonlarının ses dalgalarıyla incelendiği ekokardiyografi (EKO), kalbin elektriksel aktivitesinin değerlendirildiği elektrokardiyografi (EKG), elektrolitler ve NP'ler gibi laboratuvar bulguları, göğüs radyogramı tercih edilmektedir (57). Aynı zamanda hastanın öyküsü, semptomları ve muayene bulguları da tanı koymada kilit rol oynar (58). Şüpheli veya tanısı kesinleşmiş KY hastalarında ise transözefajiyal ekokardiyografi, stres ekokardiyografi, kardiyak manyetik rezonans, koroner anjiyografi, miyokardiyal biyopsi, kardiyak bilgisayarlı tomografi gibi daha gelişmiş teknikler kullanılabilir (57,58).

KY tanılmasında semptomlarına göre, major ve minör bileşenlerden oluşan Framingham kriterleri de bulunmaktadır. Majör kriterler; ortopne veya paroksizmal noktürnal dispne, juguler venöz dolgunluk, kardiyomegali, akut pulmoner ödem, S3 gallop, raller, venöz basınç yükselmesi (>16cm-H₂O), hepatojugular reflü, KY tanısına yanıt olarak 5 günde 4.5 kg ve üzeri kilo kaybı ve dolaşım süresinin 25 saniyenin üzerinde olmasıdır. Minör kriterler ise; pretibiyal ödem, efor dispnesi, hepatomegali, plevral efüzyon, taşikardi (>120/dk), gece öksürüğü ve maksimum vital kapasitede 1/3'ten daha fazla kayıptır. 2 majör veya 1 majör ve 2 minör kriterin saptanması KY tanısını doğrulamaktadır (59,60).

2.7. Kalp Yetersizliğinin Tedavisi

2.7.1. Medikal Tedavi

Anjiyotensin Converting Enzim İnhibitörleri (ACEI): Anjiyotensin kuvvetli bir vazokonstriktördür. Anjiyotensin converting enzim inhibitörleri, RAAS ve anjiyotensin 1'in anjiyotensin 2'ye dönüşümünü inhibe eder. Kan basıncını düşürüp diüretik etki oluşturur. Aynı zamanda potasyum tutulumunu sağlayarak kardiyak kontraktilitede destekleyici rol alır ve sol ventrikülü yeniden şekillendirir (8,55). Ramipril ve kaptopril sık kullanılan ACEI'lardandır (61).

Anjiotensin 2 Reseptör Blokerleri (ARB'ler): ACE inhibitörlerine karşı intolerans gelişen hastalarda ARB'ler tercih edilmektedir. Anjiotensin 2 reseptör blokörleri, ACEI'ler gibi anjiotensin reseptör blokajı yaparak etki gösterirler (61,62). ARB'leri kullanan hastalarda bradikinin düzeyi yükselmediğinden, ACEI'leri kullananlarda olduğu gibi yan etki olarak kuru öksürük görülmez (62). Valsartan, kandesartan sık kullanılan ARB'lerdendir (61).

Anjiotensin Reseptör Neprilisin İnhibitörleri (ARNI's): Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde endike olan ARNI's, bir ilaç kombinasyonu olarak düşünülse de sakubutril ve valsartan bileşenlerinden oluşan tuz molekülüdür (63). Sakubutril; NP'nin yıkımına öncü olan neprilisini inhibe ederek, görevini tamamlayan NP'lerin yıkılmasını engeller (63,64). Biriken NP'ler sempatik inhibisyonu sağlayarak vazodilatasyona, kan basıncının düşmesine, glomerüler filtrasyon hızının (GFR) artmasına doğrudan etki eder. Neprilisin inhibisyonu; endojen NP'lerle birlikte, miyokard sertliğini sağlayan siklik guanozin monofosfat (cGMP) dahil olmak üzere diğer vazoaktif peptidleri de artırır (64). Ancak tek başına kullanıldığında NP seviyesinin artışına paralel olarak anjiotensin-2 miktarı da artmıştır (63). Bu mekanizmayı önlemede neprilisin inhibitörü, anjiotensin reseptör blokeri (ARB) olan valsartan ile kombine bir şekilde kullanılıp, anjiotensin reseptör neprilisin inhibitörü (ARNI) olarak adlandırılan yeni bir ilaç geliştirilmiştir (63,64).

Beta Blokerler: Sempatik aşırı aktivite ile artan kalp hızı, sol ventrikül dolum süresinin kısalmasına neden olur ve artmış ventriküler dolum basıncına ve egzersiz intoleransına yol açar (61,64). Beta blokörler aracılığıyla kalp hızı düşürülerek, sempatik aktivite inhibe edilir (64). Sol ventrikül dilatasyonu veya sol ventrikül EF'de düşme olduğunda bisoprolol, karvedilol ve metoprolol gibi beta blokerler başlanmalıdır (61).

Diüretikler: Diüretikler, böbrek tübüllerini uyararak sodyum reabsorpsiyonunu önleyerek; dispne ve ödemin azaltılmasına yardım eder (65). Loop, tiyazid ve potasyum tutucu olmak üzere, yaygın bilinen üç çeşit diüretik bulunmaktadır. Furosemid gibi loop diüretikler, henle kulbunda sodyum ve klorun geri emilimini engeller (61,65). Tiyazid diüretikler; loop diüretikler gibi etki oluşturup, ek olarak potasyum ve bikarbonatı sekrete ederler. Sprinolakton ise potasyum tutucu

diüretik olup, KY tedavisinde su ve sodyum atılımını sağlayarak ventrikül yükünü hafifletir (65).

Levosimendan: Levosimendan ilk olarak 2000 yılında, dekompanse kalp yetersizliği olan hastaların hemodinamik stabilizasyonu için klinik kullanıma sunulmuştur (66). Takip eden 20 yılda, kalsiyum duyarlılaştırma yoluyla kardiyak kontraktiletiyi artıran ve vasküler düz kas hücrelerinde adenozin trifosfata bağımlı potasyum kanallarının açılması yoluyla vazodilatasyonu destekleyen bu özgün inodilatör (inotrop ve vazodilatör) dür (62,66). Kardiyojenik şok, takotsubo kardiyomiyopati, ileri kalp yetersizliği, pulmoner HT, kalp cerrahisi, kritik bakım ve acil tıp gibi geniş kullanım alanına sahiptir (66).

Dijitaller: Pozitif inotropik etki yaparak kardiyak kontraktiletiyi artırıp, negatif kronotropik etki oluşturarak kalp hızını düşürür (66,67). Dijitaller, terapötik etkilerinin yanı sıra hastalarda toksik etki oluşturabilir (66). Bulantı, kusma, halüsinasyon, ajitasyon, yorgunluk, aritmi gibi belirtiler dijital toksisitesinin sinyallerindendir (67).

Nitrogliserin: Nitrogliserin; KY hastalarında ventriküllerin yükünü hafifletip, miyokardın oksijen ihtiyacını azaltır (68). Kan basıncını düşürerek koroner damarlarda perfüzyonu artırır. Nitrogliserin alan hastalarda daha düşük mekanik ventilasyon ihtiyacı duyulmasına rağmen; nitrat toleransı, baş ağrısı, serbest radikal üretimi, methemoglobinemi gibi yan etkiler de saptanmıştır (69). Ancak, diüretiklerle birlikte nitrat kombinasyonu, KY tedavisinin temel taşıını oluşturup; normotansif veya hipertansif hastalarda inotroplara göre daha fazla tercih edilmektedir (69,70).

Dopamin: Norepinefrinin öncü maddesi olan dopamin, beta-1 reseptörlerini uyararak kardiyak kontraktiletiyi artırıp, miyokardiyal dokudaki sinir uçlarından norepinefrin salınımını sağlar (66,71). Tedavi dozu 2-20 mcg/kg/dk'dır. Terapötik indeksi dardır (77). Düşük dozlarda dopaminerjik etkiyle renal perfüzyonu ve diürezi artırır. 4-10 mcg/kg/dk dozunda ise beta-1 reseptörler aracılığıyla inotropik etki oluşturur, 10-20 mcg/kg/dk dozuna çıkıldığında alfa adrenerjik reseptörlerin uyarılması ile vazokonstrüksiyon yapar (71). 20 mcg/kg/dk'nın üzerine

çıkılmamalıdır. Bu dozda renal, mezenterik ve miyokardiyal perfüzyon bozulur (66,71).

2.7.2.Tıbbi Destek Cihazları

Kalp yetersizliği hastalarında etiyolojiye göre tedavi seçenekleri belirlenir. EF düşüklüğüne bağlı gelişen KY'de; intraaortik balon pompası kullanılarak miyokardın oksijenizasyonu ve kardiyak output artırılıp, sol ventrikül iş yükü azaltılır (72). KY'de kontraksiyonu zayıflayan kalp kası, aritmilere sebep olabilmektedir (73). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörler, ölümcül aritmileri ayırt ederek, gerekli durumlarda elektrik şoku vererek ritmi düzenler (73,74). İki odacıklı kalp pili, biventriküler pacemaker veya kardiyak resenkronizasyon tedavisi olarak bilinen cihaz; sağ atriyum, sağ ventrikül ve sol ventrikül epikardiyal yüzeyine yerleştirilen üç adet lead ve pacemaker jeneratöründen oluşmaktadır (73). Sağ ve sol ventrikülün eş zamanlı kasılmasını sağlayarak dispne, yorgunluk gibi semptomları minimize eder (73,74). Aynı zamanda normal sinüs ritminde atriyoventriküler senkronizasyonu da sağlar (74). Kalıcı pacemaker, hayatı tehdit eden atriyoventriküler tam bloklarda en iyi seçenektir (74,75). Geçici kalp pili, kalıcı pacemaker takılana kadar ve normoritim sağlanana dek hastaları desteklemede tercih edilmektedir (75). Ciddi aort darlığında ise transkateter aortik kapak implantasyonu (*transcatheter aortic valve implantation – TAVİ*) adıyla bilinen aort kapağının değişimi endikedir. TAVİ, femoral arterden aorta ilerletilen kateter aracılığıyla yapılmaktadır (76).

2.8. Kalp Yetersizliği ve Semptom Şiddeti

Kalp yetersizliği tanılı hastalar çoğunlukla; nefes darlığı, ödem, yorgunluk, uykusuzluk, kaygı ve fiziksel kapasitede azalma gibi semptomları deneyimlemektedirler (80). Hastalık prognozu kötüleştikçe; hastaların yorgunluk ve dispne şikayetleri belirgin hale gelir (80,81). Uyku örüntüleri bozulur ve aktivite intoleransı başlar. Tüm bu şikayetlerin belirginleşmesi, semptom şiddetinin hastalık ilerledikçe arttığını gösterir (81).

Yapılan pek çok çalışmada hastaların KY konusundaki bilgileri değerlendirilerek; fiziksel aktivite, diyet, ilaç kullanımı, günlük takipler ve semptom

yönetimi hakkında eğitimler verilmiştir (82,83). Bu eğitimler sonrasında, KY semptomlarından özellikle dispne ve yorgunluk başta olmak üzere birçok semptomun, hastalar tarafından daha az şiddette deneyimlendiği bildirilmiştir (82-84). KY'de semptom sayısı ve şiddetinin fazla olması; hastaların ve bakım verenlerin semptomları tanımlayarak yönetebilmede yetersiz olmalarına neden olup, öz-bakım davranışları geliştirmelerini geciktirmektedir (86). Öz-bakım davranışlarının oluşmaması hastaların semptomlara bağlı deneyimledikleri ızdırap ve rahatsızlığın artmasına neden olmaktadır (81,82,86). Bu belirtilerin hastaları fonksiyonel ve psikolojik yönden etkilemeleri konfor düzeyi ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (82). Bu nedenle semptomlar ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir (81,86). Hemşireler, semptom şiddetini azaltmada hasta, bakım verenler, diğer sağlık profesyonelleri ile koordine bir şekilde çalışarak; bakım ve takip faaliyetlerini kapsayan girişimlerde bulunmalıdırlar (79,81,82).

2.9. Kalp Yetersizliği ve Öz-bakım Davranışları

Bireyler sağlığı tehdit edici bir durumla karşılaştıklarında, kişisel bakımlarını bağımsız olarak yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyabilirler (85). Öz-bakım, bireylerin sağlıklı yaşamı sürdürmede veya geliştirmede gerekli sağlık faaliyetlerini gerçekleştirmesidir (85,86). Gerekli sağlık faaliyetlerini gerçekleştirme yeteneği öz-bakım gücüdür (85). Öz-bakım gücü yüksek olan bireylerin sağlık sorumluluklarını üstlenerek, gerekli girişimleri yapmaları öz-bakım davranışları olarak tanımlanmaktadır (85). KY hastalarından beklenen öz-bakım davranışları; yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmek veya gerekli değişikliklere uyum sağlamak, semptom yönetimini sağlayabilmek, çeşitli konularda sağlık profesyonellerinin tavsiyelerine (diyet kısıtlaması, düzenli ilaç kullanımı, tuz ve alkol kısıtlaması, ödem ve kilo takibi, sağlık durumunu kötü etkileyen değişiklikleri fark edebilme, sağlık arama davranışı, egzersiz planlaması vs.) uymaktır (86,87). KY hastaları öz-bakım sorumluluklarını üstlendiklerinde; sağlık statüsü artmakta, riskli klinik çıktılar ve hemodinamik konjesyon azalmakta, miyokardiyal stres ve sistemik inflamasyon azalmaktadır (88). Öz-bakım davranışları; hastalar, bakım verenler, toplum ve sağlık sistemleri üzerinde olumsuz etkiler oluşturan KY semptomlarını ve hastane yatışlarını azaltabilecek bir beceridir (87,89,90).

Öz-bakım davranışlarını optimize etmede öncelikli olarak, öz-bakımı etkileyen faktörler değerlendirilmelidir. Hastaların bakım sağlamada kendilerine ve sağlık profesyonellerine güveni, bilişsel ve duygusal durumları, sağlık profesyonelleri ile iletişimi, öz-bakımın zor olabileceği gerçek ve olası durumlarda eleştirel düşünebilmeleri ve çözüm yolları bularak hedef belirleyebilmeleri, öz-bakımı etkileyen faktörlerdir (86,87). Ek olarak bakım verenlerin bakıma birebir katılarak psikososyal destek sağlamaları ve sağlık profesyonellerinin hastalara anlattıkları eğitim sonunda, hastaların aklında kalan bilgiler anlattırılarak, ne anladıklarının tespit edilmesi öz-bakım davranışlarını pekiştirici faktörlerdendir (86).

Öz-bakım davranışlarını pekiştiren ya da engelleyen faktörlerden biri de hastanın sahip olduğu değerlerdir (87,90). Değerler; kişinin ilk yıllarında gelişmeye başlayan, ancak daha sonra kişiye rehberlik eden ve yaşam boyu davranışlarında ifade edilen soyut temel davranışlardır (90). Sosyal, politik, cinsel, ailevi, dini boyutlar dahil olmak üzere; hayatın birçok alanında alınacak kararlara rehberlik edip, hastaların öz-bakım kararı almasında da kilitlidir (87,90). Hasta değerlerini anlamak ve sağlık hizmetlerine dahil etmek; KY'de öz-bakımı desteklemede ve öz-bakım davranışlarını etkilemede önemlidir (86,90).

Öz-bakım davranışlarına ilişkin karar vermede öncelikli olarak değerler yol göstericidir (90). Psikolojik faktörler, yeterliliğe dayalı faktörler (bilgi, beceri, deneyim vs.), düşünce ve inançlar (bazı alışkanlıkları değiştirmek için çok yaşlı olmak gibi) öz-bakım kararını etkiler (90,91). Kararların sonuçları hastaların durumunu etkileyebilmekte ve değer önceliğinin değiştirilmesine neden olabilmektedir (91,92). Örneğin; zevk ve sosyalleşme değerine öncelik veren bir hasta, sıvı ve diyet kısıtlamalarına uymayan bir sosyal etkinliğe katılmayı seçebilmektedir. Bu seçimin sonucu KY semptomlarını kötüleştirse bile, hasta eski öncelikli değerlerini koruyabilmektedir. Hasta bu durumu tekrar yaşadığında, sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla öz-bakım uyumuna yönelik değerlerine öncelik verebilmektedir (90-93). Öte yandan, hastaneye yatışı yapılarak tedavi edilmesi gereken KY hastaları; konfor değerlerini koruyabilmek için, hastaneye yatış yerine tedavi sürecini evde devam ettirmeyi tercih etmektedirler (94-96). Öz-bakımı engelleyici faktörlerden biri inanç değeridir (95). Hasta, tuz ve diyet kısıtlamasının sağlığına etkisi olmadığına inanabilir.

Bu nedenle sağlığı geliştirmede etkili öz-bakım davranışlarını gerekleştirmeyebilir. Bentley ve ark. (97)'nin 2005 yılında yaptığı bir çalışmada; hastalara sodyum içeriği yüksek gıdaların kısıtlanması önerildiğinde, hastaların tuzlu yiyeceklere olan isteklerinin beklenmedik bir şekilde arttığı bildirilmiştir. Öz-bakım kararı vermede sorumluluk değerı de ayrıca önemlidir. 2013 yılında yapılan bir çalışmada; hastaların vücut ağırlıklarını sağlık profesyonellerine iletiminin, öz-bakım davranışlarını olumlu yönde arttırmada etkisi olduğu saptanmıştır (98).

2.10. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi

DSÖ'ye göre yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı kültürel bağlam ve değerler içerisinde; hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla alakalı durumunu nasıl anlamlandırdığını ifade etmektedir (21). Yaşam kalitesi; her birey içerisinde bulunduğu durumu farklı anlamlandırdığından, subjektif bir kavramdır (99). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin sağlığıyla ilgili genel, günlük yaşam kalitesine ilişkin öznel algısıdır (100). Bir alışmada KY hastaları yaşam kalitesini; sevdikleri ile birlikte olabilme, mutluluğu sürdürebilme, fiziksel ve sosyal aktiviteler gerçekleştirebilme olarak tanımlamışlardır. Yaşam kalitesini yüksek tutabilmede; olumlu bir bakış açısı, iyi ruh hali, daha kötü durumda olan hastaları düşünmenin etkili olduğunu aktarmışlardır (99).

Benzer semptomlar deneyimleyen hastaların, yaşam kalitesine ilişkin farklı algıları bulunmaktadır (99). Aynı zamanda tek bir hastanın zaman içinde hedefleri, beklentileri, standartları, değerleri değişebileceği için yaşam kalitesi dinamikdir. Yaşam kalitesinin dinamik ve subjektif bir kavram olmasında; çok boyutlu durumların etkisi vardır (20,99). Moshki ve ark. (101)'nin 2019 yılında yaptıkları nitel bir çalışmada; KY'nin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz sonuçlarının semptomlar, hastalık komplikasyonları, bilişsel bozukluklar, psikolojik sıkıntılar, fonksiyonel kısıtlılıklar ve ekonomik sorunlar olmak üzere 6 ana tema şeklinde ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu çalışmaya göre, hastaların en sık bildirdiği semptomlar dispne, yorgunluk ve uyku bozukluklarıdır. İlaç yan etkileri ve diyabet, HT gibi komorbid durumlar ise hastalık komplikasyonlarındandır (101). Hastalar kognitif bozukluklardan hafıza kaybı, konsantrasyon bozukluğu ve karar vermede zorluk; psikolojik sıkıntılardan ise anksiyete ve depresyonu deneyimlemişlerdir. Hastalar

bağımsızlıklarının azaldığını, cinsel açıdan kısıtlı hissettiklerini, seyahat sınırlamalarının ve iş kayıplarının olduğunu sözel olarak ifade ederek iş kaybı/emekliliğin getirdiği, tedavi masraflarını karşılamada zorlukların yaşam kalitelerini azalttığını bildirmişlerdir. Yaşam kalitesi yüksek olan hastalar ise; bu durumu aile desteği, ekonomik güvence, sağlıklı yaşam tarzı, stresle baş edebilme ve dini bağlılık ile ilişkilendirmişlerdir (101).

2.11. Kalp Yetersizliği ve Konfor

"Konfor" kelimesi Fransızca kökenlidir ve kolaylaştırma, rahatlama, ferahlama, huzur bulma gibi anlamlara karşılık gelmektedir (102,103). Slater, konforu insan ve çevre arasındaki psikososyal ve fiziksel uyumun hoş bir hali olarak tanımlamaktadır (104). Latince *comfortare* olarak bilinip; güçlendirme, ızdırabı azaltma, destekleme, sağlama anlamlarına gelmektedir (105). Aynı zamanda konfor; zor şartları aşabilme, keder, ızdırıp ve ağrıyla baş edebilmeyi de içerir (30). Rahatlığı tarif etmek zor olsa da rahatsızlık; karıncalanma, kaşıntı, sıcak, soğuk ve havasız, kötü kokulu ortam gibi terimlerle kolayca tanımlanabilir (105). Konfor, insanların bireysel deneyimlerine göre farklı şeyler ifade eder. Bir bireyin ihtiyaçları ve karşılanma düzeyi, çevresel faktörler (ışık parlaklığı, havadaki oksijen düzeyi, ortam sıcaklığı vb.), hastalık ve bireyin hastalığı algılama biçimi gibi birçok faktör konforu etkiler (102,105). Kişilerin kompleks uyaranlara karmaşık tepkiler vermeleri, primer ihtiyaçlarını gidermede çaba göstermeleri ve hemşirelik bakımında bir çıktı olarak; rahatlığın sağlanmasına önem verilmesi, konforun bir kuram oluşunu sağlamıştır (103).

Katherine Kolcaba'nın 1994 yılında geliştirdiği "konfor kuramı" orta düzeyde olup; 3 seviyeli ve 4 boyutlu bir taksonomik yapıdan oluşmaktadır (28,29,103,104). Rahatlık seviyeleri; ferahlama, huzur, anlam bulma olmak üzere 3 tipten oluşmaktadır. Konfor gereksinimi karşılanmış bir birey ferahlar (29). Ferahlama sonrasında sakinleşen ve rahatlayan birey huzurlu hisseder. Sonrasında semptomlarla başa çıkabilme ve problemleri çözebilme ile rahatlığın anlamını keşfeder (28,29). Örneğin; anestezi sonrasında yutkunurken ağrı deneyimleyen bir çocuğun, dondurma tüketiminin sağlanması ile konfor gereksinimi karşılanır ve çocuk ferahlar. Anestezi sonrası ızdırıp çeken çocuk; uygun pozisyonda, annesine kavuşup sarıldığında rahatlar

ve huzurlu hisseder. Ağrıya katlanabildiğini ve güçlü olduğunu düşünerek rahatlığın anlamını kanıksar (103).

Rahatlık; fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır (29). Fiziksel konfor; homeostazi, fizyolojik mekanizmalar, duyular ile alakalıdır (28). Kolcaba'ya göre; fizyolojik parametrelerde oluşan bir anormallik, rahatlığı etkileyebilmektedir (30,103). Aro ve ark. (106)'nin yaptığı bir çalışmada, hastaların %97'sinden fazlasının fiziksel rahatlığı sağlamanın önemli olduğunu ve fiziksel konforu bozan ana faktörlerin ağrı, gürültü, uyku bozukluğu ve kendilerine bağlı cihazlardan (kateterler, infüzyon pompaları vb.) kaynaklanan hareketsizlik olduğu belirtilmiştir. Psikospiritüel konfor; zihinsel, duygusal ve manevi bileşenleri kapsar (29). Kişinin kimliği ve benliğine olan saygısı, cinsellik konusunda öz-farkındalığının gelişmesi; hayata ve var oluşuna yüklediği anlam ile ilgilidir (29,30). Psikospiritüel konforu sağlamada; terapötik dokunma, masaj yapma, meditasyon veya dua ile huzur bulma, kişiyi ziyaretçileriyle görüştürme, bilgilendirme gibi girişimler etkili olabilmektedir (30,103). Nelson ve ark. (107)'nin yaptığı çalışmada, hastalar ve hasta yakınlarının psikospiritüel rahatlığını sağlamada; klinisyenler tarafından kişilerin hastalığın durumu, tedavisi, prognozu hakkında bilgilendirilmesinin ve bakım/tedavide hasta odaklı çalışılmasının etkili olabileceği bildirilmiştir. Sosyokültürel konfor; töre, örf ve adetler, insanlar arası iletişim örüntüleri ile ilgilidir (103). Aktaş ve ark. (108)'nin çalışmasında; hastane ortamında ziyaretçi kısıtlılığı ve eş özlemi, hastaların sosyokültürel konfor düzeyini azalttığı sonucu bulunmuştur. Çevresel konfor; kişinin yaşadığı çevrede sıcaklık, hava, renk, koku, yatak, ışık, pencereden görülen manzara, gürültü gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (30,103). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların en sık dile getirdiği stresörlerin; diğer hastaların çığlıkları ve ağlamalarını duyma, mahremiyetin olmaması, odanın pis veya soğuk olması, kadın ve erkeklerin aynı ortamda bulunması saptanmış olup; bu stresörlerin çevresel rahatlık düzeyini azaltabileceği öngörülmüştür (109).

Kolcaba'nın geliştirdiği genel konfor teorisi; Nightingale'in hemşirelik felsefesi olan, insanların yaşadığı çevrenin nasıl iyileştirilebileceğini yansıtır (28). Konfor teorisi, sağlık bakımının temel unsurlarından biridir ve kalp hastalarının

fiziksel çevresini iyileştirmek için kullanılabilir. Koroner yoğun bakım ünitelerindeki gürültü, yetersiz aydınlatma ve diğer türlü kaotik atmosfer oluşturan stresörler; kaçınılmaz olarak hastanın iyileşmesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (28,102). Nightingale teorisi; sessiz bir ortam sağlamanın, duygusal konforu sağlamada temel yaklaşım olduğunu savunur (110). Hemşire, bakım ortamını huzurlu ve iyileşmeyi sağlayacak biçimde organize etmekten sorumludur. Nightingale'in vurguladığı gibi, hemşire; sağlıklı bir çevre, sağlığı geliştirme ortamı oluşturma gayesiyle; gürültü ve ışığı azaltmak, uykunun devamlılığını sağlamak için bilinçli eylemlerde bulunur (28,32,110,111). Konforun sağlanması hemşirelik girişimlerinin bir parçası olarak bilinir. Hastanın sosyal, spiritüel ve iletişimsel ihtiyaçlarının karşılanması, hastanın konforunu sağlayan önemli bir faktördür (102). Aile üyeleri, akrabalar ve arkadaşların, hastanın bulunduğu ortama dahil edilmesi konforu artırmada önemli bir girişimdir (32,102). Hemşirelik uygulamaları, fiziksel ortamı iyileştiren ve hastalara kendilerini daha iyi hissetme fırsatı veren teknoloji ile geliştirilebilir (102).

Koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi olan hastalar hayatlarını tehdit altında hissetmektedirler. Günlük yaşamdaki ani değişiklikler, deneyimlere bağlı sıkıntı, duygusal ızdırap, yalnızlık ve prognozun bilinmezliğine bağlı anksiyete, sağlık çalışanlarının hastalara uyguladıkları invaziv ve teknik işlemler; hastaların konforunu olumsuz etkileyebilmektedir (102).

2.12. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı

Dispne, yorgunluk, ödem, insomnia, göğüs ağrısı gibi semptomların şiddetli ve sık deneyimlendiği KY tablosu; KY hastalarının konfor düzeyini azaltmaktadır (28). Semptomlar, fiziksel ve psikososyal olarak rahatsızlık oluşturmaktadır. Hastalar buna yönelik düzenli egzersiz yapma, tedavi rejimine uyma, sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini dikkate alma, kilo verme, tuz kısıtlaması gibi öz-bakım davranışları geliştirip; semptomlarla başa çıkabilmekte ve rahatlamış hissetmektedir (13,14). Aynı zamanda bu semptomların şiddetinin artışı ve hastaların prognozunun kötüleşmesi; bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, konfor düzeyini azaltmaktadır (18,19). KY'nin oluşum mekanizmasında çeşitli etiyolojilerin bulunması ve birçok hastada prognozun farklı seyretmesi nedeniyle, hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır. Hemşireler; KY hastalarının yaşam kalitesini iyileştirmek, hastaneye

tekrarlı yatışlarını azaltmak ve sağkalım oranlarını artırmak amacıyla farklı tıbbi yönetim türlerini uygulamalı ve desteklemelidir (77). Gerekli hemşirelik girişimlerinin uygulanabilmesi için, hemşirelik tanıları doğru bir şekilde saptanmalıdır. Akut ağrı, aktivite intoleransı, kardiyak outputta azalma, etkisiz periferel doku perfüzyonu, yorgunluk, bilgi eksikliği, anksiyete, öz-bakım eksikliği, aile içi süreçlerde bozulma ve kendi sağlığını etkisiz yönetme riski; KY hastalarında sıklıkla ele alınan hemşirelik tanılarıdır (78). Kalp yetersizliği hastalarında bütüncül ve semptomatik bakım anlayışı esastır. Ritim bozuklukları, ağrı, uykusuzluk, dispne, ödem gibi semptomlar KY hastalarında genellikle şiddetli bir şekilde deneyimlenmektedir (33,82). Bu semptomlara yönelik planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulanması; hastaların deneyimlediği semptom şiddetini azaltmakta, öz-bakım davranışlarını geliştirmektedir. Öz-bakım faaliyetlerini gerçekleştirebilen hastaların ise konfor düzeyi ve yaşam kalitesi artmaktadır (77).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı: Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir tasarıma sahiptir.

3.2. Araştırmanın Zamanı, Yeri ve Özellikleri: Şubat 2022 - Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi kardiyoloji servisleri ve koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalardan veri toplanmıştır. MH-2 Kalp Damar Binası'nda 5 kardiyoloji servisi ve 3 koroner yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Araştırma sürecinde koroner yoğun bakımlardan biri covid yoğun bakıma dönüştüğünden iki koroner yoğun bakım ünitesi ve 5 kardiyoloji servisinde yatan hastalardan veri toplanmıştır. Kardiyoloji servislerinin her birinde 10 hemşire ve koroner yoğun bakım ünitelerinin her birinde 32 hemşire bulunmaktadır. Üniteler ve servisler 24 yataklı olup, 16 oda bulundurmaktadır.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme: Araştırma evrenini Ankara Bilkent Şehir Hastanesi kardiyoloji servisleri ve koroner yoğun bakım ünitelerinde yatarak tedavi gören kalp yetersizliği hastaları oluşturmaktadır. Güç analizi G*Power paket programı üzerinden hesaplanmıştır. Güç analizi hesaplanırken; semptom şiddeti, yaşam kalitesi ve öz-bakım davranışlarının konfor üzerindeki etkilerinin incelenmesi esas alınmıştır. Bu etkilerin istatistiksel anlamlılığının çoklu doğrusal regresyon analizi ile kontrol edileceği ön görülmüştür. Çalışmada etki genişliğinin orta düzeyde alınması planlanmıştır. Örneklem sayısı priori güç analizi yapılarak 0.15 etki genişliği, 0.05 anlamlılık düzeyinde, çalışmanın ön görülen gücünün minimum %95 güç olabilmesi için en az 119 hasta olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda 210 hasta ile iletişim kurulmuştur. Kırk sekiz hasta dahil edilme veya dışında kalma kriterlerini karşılayamamıştır. Otuz dokuz hasta ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiş veya sorulara yanıt vermeyi yarıda bırakmıştır. Çalışmamızda ulaştığımız örneklem sayısı 123'tür. Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya gönüllü olan katılımcılar dahil edilmiştir. Araştırma sonunda post hoc güç analizi yapılmıştır. Semptom şiddeti ve yaşam kalitesinin konfor üzerindeki etkisi çoklu doğrusal regersyon analizi sonuçları esas alınmıştır. Çoklu doğrusal regresyon katsayısı 0,623 olarak bulunmuş ve bu açıklama katsayısı üzerinden 1,65 etki genişliği, 0,05

anlamlılık düzeyinde 123 kişi ile tamamlanan çalışmanın gücü %100 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Kalp yetersizliği tanısı almış olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak ve veri toplama araçlarındaki soruları yanıtlamada bir engeli bulunmamaktır.

Araştırma dışında kalma kriterleri

Psikiyatrik bir tanının bulunması, öz-bakımı etkileyecek bir kısıtlılığın veya girişimin olması (hemipleji, amputasyon vb.) ve gebe olunmasıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılan bu araştırmada;

- Hasta Tanıtım Formu (EK-5),
- Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği (EK-6),
- Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi (EK-7),
- Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-bakım Davranışları Ölçeği-12 (EK-8),
- Genel Konfor Ölçeği (EK-9) kullanılacaktır.

Hasta Tanıtım Formu (EK-5)

Bu form; ilgili literatür (96,113,121) taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup; örnekleme dahil olan hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinden oluşmaktadır. Formda toplam 20 soru (yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, ekonomik durum, sigara ve alkol kullanımı, evde kiminle yaşandığı, dahil olunan kalp yetersizliği sınıfı, hastaya bakmakla yükümlü olan kişi ve hangi sıklıkta ne kadar baktığı, kalp yetersizliği nedeniyle son 1 yılda acile ve polikliniğe başvurma durumu, hastaneye yatış sayısı ve süresi, kalp yetersizliği tanısı aldıktan sonra geçen süre, kullanılan ilaçlar ve eşlik eden komorbid durumlar ve buna yönelik kullanılan ilaçlar, nefes darlığına yönelik oksijen / yardımcı cihaz kullanma durumu) bulunmaktadır.

Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği (EK-6)

Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği, KY hastalarında en sık görülen gün içinde dispne, yatar durumda iken dispne, yorgunluk, anjina, ödem, uyku problemleri, sersemlik ya da denge kaybı gibi yedi ana belirtinin varlığını, sıklığını, şiddetini ve her birinin hastayı ne derecede etkilediğini değerlendirmek amacıyla Heo ve ark. (125) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2020 yılında Gök Metin ve Gülbahar (112) tarafından yapılmıştır. Hastanın “sıfır” seçeneğini ifade etmesi, ilgili semptomu deneyimlemediğini göstermektedir. Semptom varlığında ise, hastadan semptom sıklığını 1’den (haftada bir defadan az) 4’e (neredeyse haftanın her günü) kadar ifade etmesi istenir. Benzer şekilde deneyimlenen semptomun şiddeti ve hastaya hissettirdiği rahatsızlık için 4’lü likert tipte (1=hafif, 4=çok fazla) seçenekler bulunmaktadır. Her bir semptom hesaplanırken; sıklık, şiddet ve rahatsızlık için verilen tüm değerler toplanmaktadır. Bu doğrultuda, ölçekten alınabilen puanlar 0-84 aralığında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların artması, KY semptomlarının daha şiddetli olduğunu belirtmektedir. Ölçek maddeleri altı uzman görüşü ile Davis tekniğine göre değerlendirilip, bu maddelerin, kapsam geçerlik oranları (1.0) ve ölçek kapsam geçerlik indeksi $1.0 > 0.83$ olarak hesaplanmıştır. *Cronbach alfa* katsayısının 0,86 olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin güvenilirliği, *Cronbach alfa*=0,790 bulunmuştur.

Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)) (EK-7)

Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ), kalp yetersizliği tanılı hastalarda yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Rector ve ark. (114) tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özdemir ve Uzunhasanoğlu (113,114) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 105’tir. Ölçek “fiziksel fonksiyon” ve “emosyonel” olmak üzere 2 alt boyutu inceleyen 21 maddeden oluşmaktadır. Maddelerden 8’i (2,3,4,5,6,7,12 ve 13) fiziksel fonksiyon boyutunu, 5’i (17,18,19,20 ve 21) emosyonel boyutu oluşturmaktadır. Diğer 8 madde ise sadece toplam puanın hesaplanmasında kullanılmaktadır (114). Ölçekte bulunan ifadeler 0 (hayır)’dan 5 (çok fazla)’e kadar

uzanan likert tipte puanlamaya sahiptir. Alt boyutları oluşturan maddelere verilen yanıtların toplamı alt boyut puanlarını, tüm 21 ifadeye verilen cevapların toplamı ise 0 ile 105 arasında değişen total puanı verir. Fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 0 ile 40 arasında; emosyonel alt boyut puanı 0 ile 25 arasında; toplam puan ise 0 ile 105 arasında değişmektedir. Düşük puan, fonksiyon bozukluğunun düşük olduğunu, yani iyi yaşam kalitesini gösterir (114). MLHFQ'nun alt boyutlarının (fiziksel fonksiyon ve emosyonel) birbirleriyle ($r= 0.63$, $p= 0.000$) ve sırasıyla ölçeğin tümü ile ($r= 0.88$, $p=0.000$; $r= 0.79$, $p= 0.000$) aralarında anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. *Cronbach alfa* katsayısı sırasıyla 0,85 ve 0,98 şeklinde saptanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin güvenilirliği, *Cronbach alfa*= 0,926 bulunmuştur.

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği-12 (EK-8)

Jaarsma ve ark. (126) tarafından KY olan hastaların öz bakım davranışları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği, Baydemir ve ark. (115) tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Kalp yetersizliği olan hastaların öz-bakım davranışlarını ölçmek için uygulanan ölçek, kısa sürede sonuca ulaşılan, ayrı bir eğitim gerektirmeyen ve hastaların kendilerinin de uygulayabilecekleri bir ölçek olarak belirlenmiştir (Baydemir ve ark., 2013). KY'ye ilişkin ödem, solunum sıkıntısı, yorgunluk gibi semptomları tanımlamayı; bu semptomlara yönelik ilaçların düzenli kullanılması, sıvı ve tuz kısıtlaması, sağlık personeliyle iletişim gibi tedavi uygulama ve kilo takibi gibi öz bakımı değerlendirme eylemlerini ölçen 12 sorudan oluşan likert tipi ölçektir. Ölçeğin puanlamasında katılımcılardan her bir madde için tamamen katılıyorum (1), katılıyorum (2), kararsızım (3), katılmıyorum (4) ve tamamen katılmıyorum seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12-60 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması düşük öz-bakımı, düşük puan yüksek öz-bakımı ifade etmektedir (12). Oluşturulan Yapısal Eşitlik Modelinin geçerliğinin değerlendirilmesinde kullanılan uyum ölçüleri; RMSEA= 0,047 (CI= 0,00-0,079), AGFI=0,83, GFI=0,91 olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre verilerin faktör analizi için uygun bir yapıda olduğu ve verilerin çok değişkenli normal dağılım varsayımına uyduğu belirlenmiştir. Baydemir ve ark. (115)'nin çalışmasında

Cronbach alfa katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin güvenilirliği, *Cronbach alfa*= 0, 661 bulunmuştur.

Genel Konfor Ölçeği (EK-9)

Konfor durumunu değerlendirmek için Kolcaba'nın geliştirdiği (25) ölçeğin ülkemizde geçerlik güvenilirlik çalışması 2008 yılında Kuğuoğlu ve Karabacak (116) tarafından yapılmıştır. Ölçekte dördü (1-4) likert tipte 48 madde bulunmaktadır. Yirmi üç pozitif madde (1, 2, 4, 7, 9, 10, 11, 15, 17, 23, 27, 29, 30, 31, 33, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 46, 47), 25'i negatif (3, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 40, 41, 42, 45, 48) olup; puanlamada negatif ifadeler tersine çevrilir. Ölçeğin; 12 fiziksel (1+, 5-, 6-, 14-, 15-, 19-, 20-, 25-, 28-, 29+, 36+, 48-), 13 psikospiritüel (2+, 7+, 9+, 17+, 22-, 24-, 31+, 38+, 40-, 41-, 44+, 45-, 46+), 13 çevresel (3+, 11+, 12-, 18-, 21-, 27+, 30+, 32-, 33+, 34-, 35-, 42-, 47+) ve 10 sosyokültürel (4+, 8-, 10+, 13-, 16+, 23+, 26-, 37+, 39-, 43+) alt boyutu bulunmaktadır (116). Ölçeğin değerlendirilmesinde; negatif maddelerden elde edilen puanlar ters kodlanıp pozitif maddelerin puanları ile toplanır. Toplam puan madde sayısına bölünür. Saptanan ortalama değer, 1-4 dağılımında belirtilir. Bir puan düşük konfor, dört puan ise yüksek konfor anlamına gelmektedir. Konfor; Kolcaba'ya göre sürekliliğe göre daha çok anlık özellik taşımakta olup, bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Bu doğrultuda ölçeğin bütün olarak değerlendirilmesini önermiştir (116). Pearson korelasyon, *Cronbach alfa* analizleri ile inceleme sonucunda ölçeğin yüksek iç tutarlılığa ($\alpha = 0.85$) sahip olduğu ve yapı geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin *Cronbach alfa* değeri 0.766 şeklinde bildirilmiştir (116). Çalışmamızda ölçeğin güvenilirliği, *Cronbach alfa*= 0,898 bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri:

Etkileyen bağımsız değişkenler: Semptom şiddeti, öz-bakım davranışları, yaşam kalitesi, tanımlayıcı özellikler

Etkilenen bağımlı değişken: Konfor düzeyi

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma dahil etme kriterlerini karşılayan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak ve ekte bulunan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (EK-6) doldurulmuştur. Veri toplama kullanılan form ve ölçekler yüzyüze olarak doldurulmuştur. Ön uygulama yapılmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesi IBM SPSS Statistics 28 paket programı üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Sayısal değişkenlerin normallik varsayımı Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiş ve normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile kontrol edilmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi kullanılmıştır. Bir sayısal bağımsız değişken üzerinde başka sayısal değişkenlerin etkisini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır.

Çalışmada kullanılan tüm ölçek ve alt boyutlarının güvenilir olduğu görülmüştür ($\alpha > 0,700$).

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmaya başlamadan önce Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'dan etik kurul izni ve Ankara Şehir Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-1).

- Aydınlatılmış Onam Formu, araştırmaya katılan her bireye açıklanmış olup, onay vermeleri durumunda çalışmaya dahil edilmişlerdir (EK-4).
- Araştırmada kullanılan ölçekler, ölçek sahiplerinden e-mail yoluyla izin alınarak kullanılmıştır (EK-10).

4. BULGULAR

Çalışmamızdan elde edilen bulgular yedi tabloda ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=123)

Aşağıda hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımlar yer almaktadır.

	Sayı	Yüzde
Yaş		
40-52	20	16,3
53-65	44	35,8
66-78	40	32,5
79-91	19	15,4
Yaş Ortalaması: 64,75±12,19		
Cinsiyet		
Kadın	48	39,0
Erkek	75	61,0
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	17	13,8
İlköğretim	61	49,6
Lise	18	14,6
Lisans	24	19,5
Lisansüstü	3	2,5
Medeni Durum		
Bekar	32	26,0
Evli	91	74,0
Çocuk Durumu		
Var	111	90,2
Yok	12	9,8
Çocuk Sayısı (n=111)		
1	17	15,3
2	42	37,8
3	29	26,1
4 ve üzeri	23	20,8
Ortalama Çocuk Sayısı:2,63±1,23		
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	27	22,0
Gelir Gidere Eşit	81	65,9
Gelir Giderden Fazla	15	12,1

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=123) (Devamı)

Sigara Kullanımı		
Evet	20	16,3
Hayır	46	37,4
Bırakmış	57	46,3
Paket Yıl(n=20):23,42±13,21		
	Sayı	Yüzde
Alkol Kullanımı		
İçmiyor	92	74,8
İçiyor	2	1,6
Bırakmış	29	23,6
Evde Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	13	10,6
Eş ve Çocuklar	35	28,5
Sadece Eş	58	47,2
Diğer*	17	13,7
	Ortalama	Standart Sapma
BKİ**	26,83	4,25
Çocuk Sayısı (n=111)	2,63	1,23
Sigara Kullanım Süresi (Yıl) (n=20)	29,74	12,52

*Ebeveynler, çocuklar,torun,bakıcı ile **Beden kütle indeksi

Tablo 1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların %35,8'inin 53-65 yaş grubunda; %61'inin erkek; %49,6'sının ilköğretim mezunu; %74'ünün evli; %90,2'sinin çocuk sahibi; %65,9'unun gelirinin giderine eşit; %46,3'ünün sigarayı bıraktığı; %74,8'inin alkol kullandığı ve %47,2'sinin evde sadece eşi ile yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 64,75±12,19 iken; BKİ 26,83±4,25, sigara kullananların sigara kullanım süresi 29,74±12,52 yıl ve paket/yıl 23,42±13,21'dir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımlar (n=123)

Aşağıda hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır.

	Sayı	Yüzde
Hastaya Bakmakla Yükümlü Biri		
Var (Bakım Verilen Günlük Saat=6,98±2,90)	89	72,4
Yok	34	27,6
Kalp Yetersizliği Tanı Süresi		
0-11 Ay	35	28,4
12-36 Ay	41	33,3
48-96 Ay	27	22,0
108 + Ay	20	16,3
KY Nedeniyle Son Bir Yılda Acile Başvurma Durumu		
Hayır	27	22,0
Evet (Başvurma Sayısı=1,78±1,62)	96	78,0
KY Nedeniyle Son Bir Yılda Polikliniğe Başvurma Durumu		
Hayır	18	14,6
Evet (Başvurma Sayısı=2,33±2,37)	105	85,4
KY Nedeniyle Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Durumu		
Hayır	0	0,0
Evet (Yatış Sayısı=1,93±0,96, Yatış Süresi (Gün)=15,81±8,59)	123	100,0
*Kalp Yetersizliğine Yönelik Kullanılan İlaçlar		
Diüretik	123	100,0
Betabloker	88	71,5
Dijital	26	21,1
Anjiotensin Reseptör Neprilisin İnhibitörleri	22	17,9
Nitrogliserin	4	3,3
Levosimendan	2	1,6
Dopamin	7	5,7
Anjiotensin Converting Enzim İnhibitörleri	42	34,1
Anjiotensin 2 Reseptör Blokerleri	16	13,0

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımlar (n=123) (Devamı)

*Eşlik Eden Komorbid Durumlar		
Hipertansiyon	95	77,2
Hiperlipidemi	72	58,5
Diabetes Mellitus	60	48,8
Koroner Arter Hastalığı	60	48,8
Atrial Fibrilasyon	30	24,4
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	27	22,0
Kronik Böbrek Hastalığı	17	13,8
Hipotiroidi	15	12,2
Benign Prostat Hipertrofisi	12	9,8
Ventriküler Taşikardi	11	8,9
Diğer*	5	4,0

+:Bu sorularda katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

NYHA'ya Göre Hastanın KY Sınıflaması

Sınıf I	14	11,4
Sınıf II	52	42,3
Sınıf III	28	22,8
Sınıf IV	29	23,5

Nefes Darlığı İçin Yardımcı Cihaz/Oksijen Kullanımı

Yalnızca Oksijen	72	58,5
Yalnızca Yardımcı Cihaz**	0	0,0
Her İkisi De (Yardımcı cihaz+oksijen)	8	6,5
Kullanmıyor	43	35,0

+:Bu sorularda katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

*Ailesel Akdeniz Ateşi, Trigeminal Nevralji **Mekanik ventilatörün cpap/bpap/niv modları,ev tipi ventilatör, nebulizatör

Tablo 2 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların %72,4'ünün bakım vereninin bulunduğu (bakım verilen günlük saat ortalaması $6,98 \pm 2,90$); %28,4'ünün kalp yetersizliği tanı süresi 0-11 ay iken (53,58), %33,3'ünün kalp yetersizliği tanı süresinin 12-36 ay olduğu, %22'sinin 48-96 ay ve %16,3'ünün ise 108 ay ve üzeri olduğu görülmektedir. Hastaların %78'inin KY nedeniyle son bir yılda acile başvurduğu (son bir yılda acile başvuruların başvuru sayısı ortalaması $1,78 \pm 1,62$

kez), %85,4'ünün KY nedeniyle son bir yılda polikliniğe başvurduğu (polikliniğe başvuru sayısı ortalaması $2,33 \pm 2,37$ kez), tamamının KY nedeniyle son 1 yılda hastaneye yattığı (hastaneye yatış sayısı ortalaması $1,93 \pm 0,96$ kez ve yatış süresi ise $15,81 \pm 8,59$ gün) görülmektedir. KY'ye yönelik kullanılan ilaçlar incelendiğinde hastaların tamamının diüretik, %71,5'inin betabloker kullandığı görülmektedir. Tabloda verilmemekle birlikte hastaların kullandığı toplam ilaç sayısı 14 ve kullanılan toplam ilaç ortalaması 28,7'dir. Eşlik eden komorbid durumlar ve komorbid durum için kullanılan ilaçlar incelendiğinde en sık %77,2 ile HT ve %77,2 ile antihipertansif olduğu görülmektedir. Hastaların KY sınıfı en fazla %42,3 ile Sınıf II'dir. Hastaların %58,5'i nefes darlığı için oksijen kullanmaktadır.

Tablo 4.3. Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Aşağıda ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklerin yer aldığı tablo bulunmaktadır.

	Ort.	S.S	Min.	Maks.
Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği	32,59	14,0	3,00	71,00
Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi	62,89	16,63	20,00	93,00
Fiziksel Fonksiyon	27,09	7,48	6,00	40,00
Emosyonel Fonksiyon	11,67	5,54	0,00	25,00
Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12	30,24	4,80	15,00	56,00
Genel Konfor Ölçeği	2,66	0,30	2,02	3,32
Fiziksel	2,31	0,41	1,42	3,33
Psikospiritüel	2,85	0,40	1,77	3,77
Çevresel	2,56	0,33	1,77	3,31
Sosyokültürel	2,92	0,33	2,10	3,70

Tablo 3 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanlarının ortalaması $32,59 \pm 14,10$ iken; Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanlarının $62,89 \pm 16,63$, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeği-12 puanlarının $30,24 \pm 4,80$ ve Genel Konfor Ölçeği puanlarının ise $2,66 \pm 0,30$ olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi**Aşağıda ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelendiği tablo yer**

	1	2	2.1	2.2	3	4	4.1	4.2	4.3	4.4	
1.Kalp Yetersizliği	r	1,000	,681	,737	,428	0,042	-,402	-,592	-,361	-0,175	-0,117
Semptom Durumu Ölçeği	p		<0,001	<0,001	<0,001	0,642	<0,001	<0,001	<0,001	0,052	0,198
2.Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi	r	1,000	,919	,812	0,058	-,771	-,801	-,697	-,459	-,515	
	p		<0,001	<0,001	0,524	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
2.1.Fiziksel Fonksiyon	r		1,000	,581	0,046	-,651	-,797	-,553	-,360	-,353	
	p			<0,001	0,612	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
2.2.Emosyonel Fonksiyon	r			1,000	0,096	-,740	-,600	-,747	-,494	-,559	
	p				0,291	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
3.Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeği-12	r				1,000	-0,061	-0,098	-0,077	-0,015	0,009	
	p					0,502	0,280	0,394	0,870	0,922	
4.Genel Konfor Ölçeği	r					1,000	,823	,913	,753	,769	
	p						<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
4.1.Fiziksel	r						1,000	,697	,452	,464	
	p							<0,001	<0,001	<0,001	
4.2.Psikospiritüel	r							1,000	,607	,649	
	p								<0,001	<0,001	
4.3.Çevresel	r								1,000	,453	
	p									<0,001	
4.4.Sosyokültürel	r									1,000	
	p										

r:Pearson Korelasyon Katsayısı

Tablo 4 incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda; Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanları ile Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanları arasında pozitif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=0,681;p<0.05$). Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanları ile Fiziksel Fonksiyon puanları arasında pozitif yönlü, anlamlı, güçlü düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=0,737;p<0.05$). Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanları ile Emosyonel Fonksiyon puanları arasında pozitif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=0,428;p<0.05$). Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanları ile Genel Konfor Ölçeği puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,402;p<0.05$). Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanları ile Fiziksel puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,592;p<0.05$). Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanları ile Psikospiritüel puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,361;p<0.05$).

Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanları ile Genel Konfor Ölçeği puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, güçlü düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,771;p<0.05$). Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanları ile fiziksel puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, güçlü düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,801;p<0.05$). Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanları ile psikospiritüel puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, güçlü düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,697;p<0.05$). Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanları ile çevresel puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,459;p<0.05$). Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanları ile sosyokültürel puanları arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,515;p<0.05$).

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12 puanları ile diğer ölçekler ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Tanımlayıcı Özellikler ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşağıda tanımlayıcı özellikler ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren tablo yer almaktadır.

	Genel Konfor Ölçeği		İstatistiksel Test*	P
	Ortalama	Standart Sapma		
Yaş				
40-52	2,78	0,32	F=4,623	<0,05 Fark: 4-1,2
53-65	2,72	0,30		
66-78	2,62	0,29		
79-91	2,48	0,23		
Cinsiyet				
Kadın	2,68	0,30	t=0,675	0,501
Erkek	2,64	0,30		
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	2,67	0,25	F=0,079	0,971
İlköğretim	2,66	0,32		
Lise	2,64	0,30		
Lisans ve Üzeri	2,68	0,31		
Medeni Durum				
Bekar	2,59	0,30	t=-1,416	0,159
Evli	2,68	0,30		
Ekonomik Durum				
Gelir Giderden Az	2,66	0,29	F=0,008	0,992
Gelir Gidere Eşit	2,66	0,30		
Gelir Giderden Fazla	2,67	0,33		
Sigara Kullanımı				
Evet	2,69	0,27	F=1,254	0,289
Hayır	2,70	0,31		
Bırakmış	2,61	0,30		

Tablo 4.5. Tanımlayıcı Özellikler ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Devamı)

	Genel Konfor Ölçeği		İstatistiksel Test*	p
	Ortalama	Standart Sapma		
Evde Yaşadığı Kişiler				
Yalnız	2,66	0,28	F=2,009	0,116
Eş ve Çocuklar	2,75	0,30		
Sadece Eş	2,64	0,31		
Diğer	2,55	0,28		
	r	p		
BKİ	0,029	0,752		

*F: Tek Yönlü Varyans Analizi t: Bağımsız Örneklem T Testi r: Pearson Korelasyon Fark: Tukey

Tablo 5 incelendiğinde uygulanan istatistiksel analizler sonucunda; konfor düzeyi; yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Buna göre 79-91 yaş grubundakilerin konfor düzeyi 40-52 ve 53-65 yaş grubundakilerden anlamlı derecede daha azdır ($p < 0,05$).

Tablo 4.6. Hastalık Özellikleri ile Göre Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşağıda hastalık özellikleri ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren tablo yer almaktadır.

	Genel Konfor Ölçeği		İstatistiksel Test*	p
	Ortalama	Standart Sapma		
Hastaya Bakmakla Yükümlü Biri				
Var	2,61	0,30	t=-3,181	<0,001
Yok	2,79	0,25		
Kalp Yetersizliği Tanı Süresi				
1) 0-11 Ay	2,89	0,24	F=18,736	Fark:
2) 12-36 Ay	2,68	0,26		1-2,3,4
3) 48-96 Ay	2,50	0,24		2-4,5
4) 108+ Ay	2,44	0,28		3-4,5
KY Nedeniyle Son Bir Yılda Acile Başvurma Durumu				
Hayır	2,79	0,32	t=2,525	<0,001
Evet	2,62	0,29		
NYHA'ya Göre Hastanın KY Sınıflaması				
Sınıf I	3,06	0,22	F=27,580	ark:
Sınıf II	2,74	0,24		1-2,3,4
Sınıf III	2,58	0,24		2-3,4
Sınıf IV	2,40	0,21		
Nefes Darlığı İçin Yardımcı Cihaz/Oksijen Kullanımı				
1)Sadece Oksijen	2,59	0,26	F=17,430	<0,001F
2)Her İkisi De (Oksijen+ Yardımcı cihaz	2,35	0,22		ark:
3)Kullanmıyor	2,84	0,29		3-1,2
		r	p	
Yatış Sayısı	-0,319		<0,001	
Yatış Süresi (Gün)	-0,335		<0,001	

*F: Tek Yönlü Varyans Analizi t: Bağımsız Örneklem T Testi r: Pearson Korelasyon Fark: Tukey

Tablo 6 incelendiğinde uygulanan istatistiksel analizler sonucunda konfor düzeyi; hastaya bakmakla yükümlü biri olma durumu, kalp yetersizliği tanı süresi, KY nedeniyle son bir yılda acile başvurma durumu, NYHA'ya göre sınıf, nefes darlığı için yardımcı cihaz/oksijen kullanma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre hastaya bakmakla yükümlü biri olmayanların genel konfor düzeyi, hastaya bakmakla yükümlü biri olanlardan anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$). Kalp yetersizliği tanı süresi 0-11 ay olanların genel konfor düzeyi, 12-36 ay, 48-96 ay ve 108 ay ve üzeri olanlardan anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$). Kalp yetersizliği tanı süresi 12-36 ay olanların genel konfor düzeyi, 48-96 ay ve 108 ay ve üzeri olanlardan anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$). KY nedeniyle son bir yılda acile başvurmayanların konfor düzeyi, KY nedeniyle son bir yılda acile başvuranlardan anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$). NYHA'ya göre Sınıf I olan kişilerin genel konfor düzeyi, Sınıf II, Sınıf III ve Sınıf IV olanlardan; Sınıf II olanların konfor düzeyi, Sınıf III ve Sınıf IV olanlardan; Sınıf III olanların konfor düzeyi de Sınıf IV olanlardan anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$). Nefes darlığı için yardımcı cihaz veya oksijen kullanmayanların konfor düzeyi, sadece oksijen ve her ikisini de kullananlardan anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$). Konfor düzeyi ile yatış sayısı arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,319;p<0,05$). Genel konfor düzeyi ile yatış süresi (gün) arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,335;p<0,05$).

Tablo 4.7. Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesinin Konfor Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Aşağıda semptom şiddeti ve yaşam kalitesinin konfor düzeyine etkisinin incelendiği tablo yer almaktadır.

Bağımsız Değişkenler	β^*	St. Hata	St. β^{**}	t	p	β için %95 Güven Aralığı		VIF
						Alt Sınır	Üst Sınır	
Kalp Yetersizliği								
Semptom Durumu Ölçeği	-0,005	0,002	0,229	2,995	0,003	0,002	0,008	1,865
Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi	-0,017	0,001	-0,927	-12,107	0,000	-0,020	-0,014	1,865
Model İstatistikleri	F=98,993 p<0,001 R ² =0,623 Düzeltilmiş R ² =0,616 Durbin Watson=1,855 Bağımlı Değişken: Genel Konfor Ölçeği Puanları							

* β : Regresyon Katsayısı **St β : Standardize Regresyon Katsayısı

Tablo 7 incelendiğinde konfor düzeyi ile ilişkisi bulunan semptom şiddeti ve yaşam kalitesinin, konfor düzeyine etkisini incelemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli anlamlı bir modeldir (p<0,001). Kurulan modelde çoklu bağlantı sorunu ve otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır (Durbin Watson=1,855 VIF<5). Kurulan model ile konfor düzeyindeki değişimin %62,3'ü açıklanmaktadır (Düzeltilmiş R²=0,616).

Modeldeki etkileyen bağımsız değişkenlerin katsayıları incelendiğinde Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanları ile Genel Konfor Ölçeği puanları arasında negatif anlamlı, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanlarının ise Genel Konfor Ölçeği Puanları üzerinde anlamlı negatif etkisi bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği

puanlarındaki 1 birimlik artış Genel Konfor Ölçeği Puanları üzerinde 0,005 azalışa neden olmaktadır. Semptom şiddeti arttıkça konfor düzeyi azalmaktadır ($\beta=-0,005$). Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi puanlarındaki 1 birimlik artış ise Genel Konfor Ölçeği Puanları üzerinde 0,017 azalışa neden olmaktadır. Fonksiyonel bozukluk arttıkça yaşam kalitesi azalarak konfor düzeyi de azalmaktadır ($\beta=-0,017$).

5. TARTIŞMA

Kalp yetersizliği tanılı hastalarda konfor ile semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızda; semptom şiddeti azaldıkça, fiziksel ve duygusal boyutta fonksiyonel bozukluğun azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda semptom şiddeti ile yaşam kalitesi değişkenleri arasında pozitif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Semptom şiddeti yüksek olan hastaların yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir. Moshki ve ark. (101)'nin 2019 yılında KY hastalarında yaşam kalitesini etkileyen durumları incelediği nitel bir çalışmada; dispne, yorgunluk, uyku sorunları, hafıza kaybı, kaygı, karar vermede güçlük yaşayan hastalarda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Başka bir çalışmada da KY hastalarının sıklıkla dispne, insomnia ve yorgunluk semptomlarını şiddetli düzeyde yaşadıkları ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir (23). Dolayısıyla bulgumuz literatürle örtüşmektedir. KY prognozu ilerledikçe semptomlar çeşitlenmekte ve şiddetlenmektedir. Belirtileri şiddetli düzeyde deneyimleyen hastaların yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile konfor düzeyi arasında da pozitif yönlü, anlamlı, güçlü düzeyde ilişki bulunmaktadır. Fonksiyonel bozukluğun azalması yaşam kalitesini artırarak, genel konfor düzeyini de artırmaktadır. KY hastalarında yapılan bir çalışmada NYHA'ya göre fonksiyonel sınıfın artması ve hastalık bilgisinin az oluşunun yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır (119). Fonksiyonel sınıfın artması KY'de semptom sayısı ve şiddetini artırarak, bireyin yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Hastalığa dair bilgi eksikliği olan KY hastaları, semptomlarını yönetebilmede yetersiz kaldıklarından yaşam kalitesinin daha çok azalması ve konfor düzeyinin düşük olması beklenen bir bulgudur. Son dönem KY hastalarında bakım hedefleri ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada; hasta ve hemşirenin bakım hedeflerini birlikte belirleme ve bu hedeflere yönelik girişimler planlamanın, hasta ve hemşire arasındaki iletişimi güçlendirerek ve semptomları hafifleterek yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (17). Son dönem KY hastalarının konfor odaklı bir bakımla semptom şiddetini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada hemşirelerin yükümlülüğünün olduğu açıktır. Hemşireler hasta ile iş birliği içinde, hastaya daha

kaliteli bir yaşam ve konforlu bir bakım sunarak, hastaların yaşam kalitesi ve konforunu artırır. KY hastaları ile yapılan nitel bir görüşmede; belirtiler, fonksiyonel bozukluklar, nörobilişsel sıkıntılar ve komplikasyonların yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır (101). KY'nin ilerleyici ve kronik bir hastalık olmasına bağlı olarak beraberinde getirdiği fiziksel komplikasyonlar ve depresyon gibi psikolojik durumlar ortaya çıkar. Tüm bu çıktıkların fonksiyonel bozukluğu artırarak hastalarda yaşam kalitesini azaltması ve konfor düzeyini düşürmesi beklendik bir durumdur.

Çalışmamızda semptom şiddeti ile konfor düzeyi arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. KY hastalarında sırt masajının fizyolojik cevaba ve konfor düzeyine olan etkisinin incelendiği makalede; sırt masajını takip eden 3 gün içerisinde konfor düzeyinin arttığı, oksijen saturasyonunun yükseldiği, sistolik ve diyastolik kan basıncının azaldığı, taşikardi ve takipnenin hafiflediği saptanmıştır (118). Şiddetli semptomlar yaşayan KY hastalarının sağlık parametrelerinin optimal sınırlarda olmasında masaj etkili olmuştur. Sağlık parametrelerinin ideal aralıklarda oluşu da, fizyolojik homeostazisi sağlayarak semptom şiddetini azaltan ve konfor düzeyini yükselten bir durumdur. Randomize kontrollü bir çalışmada, sağlık eğitimi verilen KY hastalarında eğitim sonrasında dispne şiddetinin azalarak yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (83). Hastalarda dispnenin verilen eğitim ile hafifleyerek yaşam kalitesinin artması, daha efektif bir solunum ile konfor düzeylerinin artacağını gösterir niteliktedir. Başka bir çalışmada KY hastalarında göğüs ağrısı, uyku bozuklukları, ödem ve dispnenin yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır (117). Semptomları şiddetlenen hastaların fonksiyonel bozukluğu artarak, günlük yaşam aktiviteleri sınırlanır ve yaşam kalitesi azalır. Fonksiyonel sınırlılığı olan hastaların konfor düzeyinin azalması olağan bir durumdur.

Çalışmamızda öz-bakım davranışları ile konfor ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Benzer şekilde; kalp yetersizliği hastalarında hastalık bilgisi, öz-bakım ve yaşam kalitesinin incelendiği bir ilişki arayıcı çalışmada yaşam kalitesi ve öz-bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (119). Bu doğrultuda bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda öz-bakım davranışları ile diğer değişkenlerin anlamlı bir ilişkisinin olmama sebebinin, "Avrupa KY Öz-bakım Davranışları-12" ölçeğinin *cronbach alfa* katsayısının diğer

ölçeklere göre daha düşük olması düşünülmektedir. İşbirlikçi bakım modeline dayalı konfor bakımının koroner kalp hastalığı olan hastaların uyum ve öz bakım becerilerine etkisinin incelendiği araştırmada; modelin kullanıldığı hastalarda konfor düzeyi, rutin bakım alan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (120). Bu durumun nedeninin konfor bakımının bütüncül olarak uygulanması ve multidisipliner ekip üyelerinin işbirliği olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda konfor düzeyi yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre yaş arttıkça genel konfor düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Koroner yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların konfor düzeylerinin incelendiği bir araştırmada, yaş ile konfor düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (102). Yaşlı KY hastalarında öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada, KY ile yaşamanın zamanla fonksiyonel sınırlılığı artırarak yaşam kalitesini azalttığı vurgulanmıştır (119). Yaşın ilerlemesi ile hastalığa fizyolojik ve psikolojik uyumun azalarak konforun olumsuz etkileneceği açıktır (55). Bu doğrultuda bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Aktan tarafından 2021 yılında (121) yapılan KY hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmada, NYHA'ya göre Sınıf III olan KY hastalarının, Sınıf II KY hastalarına göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Sınıf IV olan yaşlı KY hastalarında en sık görülen semptomların ağız kuruluğu, enerji eksikliği, dispne ve yorgunluk olduğu ve bu semptomların yaşam kalitesini oldukça azalttığı bulunmuştur (33). Bizim çalışmamızda da NYHA'ya göre Sınıf IV olan kişilerin konfor düzeyi; Sınıf I, Sınıf II ve Sınıf III olanlardan anlamlı derecede daha düşüktür. Sınıf IV olan KY hastalarının gode bırakan ödem, hareket kısıtlılığı, uyku bozuklukları yaşadığı bilindik bir durumdur (10). Dolayısıyla KY evresi ilerledikçe semptomların şiddetlenmesi ile konfor düzeyi düşer.

Çalışmamızda KY nedeniyle son bir yılda ortalama hastanede kalış süresi 15.81 ± 8.59 gün olarak bulunmuştur. Konfor düzeyi ile yatış süresi (gün) arasında negatif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Hastanede kalış süresi arttıkça, hastaların konfor düzeyi azalmaktadır. Tziouvas ve arkadaşlarının (122) 2008 yılında, kalp yetersizliği hastalarında hastanede kalış süresini belirleyen faktörleri inceledikleri çalışmada; ortalama hastanede kalış süresi 4.8 gün olarak tespit

edilmiştir. Hastanede kalış süresinin artması; periferik konjesyon ve pulmoner ödem varlığı, tekrarlayan bir iskemik olay, eş zamanlı özel tedavi gerektiren solunum problemleri ve müdahale gerektiren sosyal problemler ile ilişkili bulunmuştur. Hastanede kalış süresinin uzamasına neden olan bu problemlerin, komorbid durumlara neden olarak semptom şiddetini artıracığı ve hasta konforunu azaltabileceği öngörülmüştür (122). KY hastaları ile yapılan bir çalışmada hastane kalış süresi fazla olan hastaların konfor düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Hastalar konfor değerlerini koruyabilmek için; hastaneye yatması gerekirken, tedaviye evde devam etmeyi tercih etmişlerdir (96).

Çalışmamızda KY tanısı aldıktan itibaren geçen süre arttıkça konfor düzeyi anlamlı derecede azalmaktadır. Bir araştırmada KY tanısı aldıktan sonra her geçen gün semptom sayısı ve şiddetini artırdığı bildirilmiştir (9). KY ile geçen her yılın hastalarda semptom şiddeti ve sayısını artırarak konforu azalttığını söyleyebiliriz (10).

Çalışmamızda; KY hastalarında hastaya bakmakla yükümlü birinin olması, bakım veren birisinin olmamasına göre hastaların konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bir çalışmada; evde tek yaşayıp, hastanede yatış sürecinde refakatçi veya ziyaretçiye ihtiyaç duymayan KY hastalarının yaşam kalitesinin daha fazla olduğu bulunmuştur (119). Bakım verene gereksinim duyacak kadar şiddetli semptom yaşayan hastaların konforunun düşük olması ve düşen konfor düzeyini desteklemek için bakım verene başvurulması normal bir süreçtir. Bir çalışmada KY hastalarında bakım verici varlığının semptom yönetimini kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (81). Semptom yönetiminde destekleyici olan bakım verenlerin, hasta konforunu artırması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda konfor düzeyi, dispne için yardımcı cihaz/oksijen kullanma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Oksijen tedavisi almayan KY hastalarının konfor puanları, alanlara göre anlamlı derecede daha fazladır. Kalp cerrahisi hastalarında nazal oksijen tedavisinin etkinliğinin araştırıldığı çalışmada, oksijen tedavisi almayıp rutin tedavi yapılan hastaların konfor düzeyi, oksijen tedavisi alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (123). Hastanede yatan KOAH tanılı hastaların dispne şiddeti ve konfor düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği araştırmada; evde oksijen kullanmayan hastaların konfor düzeyi,

kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (124). Dolayısıyla, fonksiyonel durumu bozulan, semptom şiddeti artan ve oksijene gereksinim duyan hastaların konfor düzeyi düşüktür.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Konfor ile öz-bakım davranışları, yaşam kalitesi ve semptom şiddeti değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Çalışma sonucunda KY tanılı hastaların konfor düzeyi ile semptom şiddeti arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu,
- KY tanılı hastaların yaşam kalitesi ile konfor düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu,
- KY hastalarının öz-bakım davranışları ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı,
- Semptom şiddeti ve yaşam kalitesinin konfor düzeyini %62,3 oranında açıkladığı,
- KY hastalarının, hastaneye yatış sayısı, yaş, oksijen kullanımı, hastaya bakmakla yükümlü birinin oluşu, KY sınıfı, tanıdan itibaren geçen süre ile konfor düzeyi arasında anlamlı fark olduğu,
- Yaşlı, bakım vereni olan, ileri evre, oksijen kullanan, hastaneye yatış ve acile başvuru sayısı fazla olanların konfor düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

6.2.Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; KY hastalarının konfor düzeyini artırmak amacıyla önerilen yaklaşımlar şunlardır:

- Hastalara öz-bakım davranışları kazandırmak amacıyla inovatif eğitim stratejileri geliştirilmeli, eğitimler hem bireysel hem de toplu bir şekilde verilerek; hasta merkezli bakım ve hastalar arası fikir alışverişinin olduğu etkileşim sağlanmalıdır.
- Klinikte çalışan hemşirelerin KY hastalarına bakım vermede konfor kuramını bilmesi ve bakıma entegre etmesi sağlanmalıdır.
- Hastaların konfor düzeylerinin azaltan durumları ifade etmeleri sağlanarak, multidisipliner ekip ile bu durumların düzenli olarak tartışılması ve çözüm önerisi bulunması tavsiye edilmektedir.

- KY hastalarında konfor kuramı ile daha fazla çalışma yapılarak literatüre katkı sağlanmalı ve klinikte farkındalık oluşturulmalıdır.

7.KAYNAKLAR

- 1) Clinton DK, John VC. The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*. 2012;21(5):365-371.
- 2) James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.
- 3) Lauren KT, Joseph GR. Advanced Heart Failure: Epidemiology, Diagnosis, and Therapeutic Approaches. *JACC: Heart Failure*. 2020;8(7):523-536.
- 4) Tokgözoğlu L, Yılmaz M, Abacı A. Türkiye’de Kalp Yetersizliği Yol Haritası Kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler. *Türk Kardiyoloji Derneği* [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 3 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiyede-kalp-yetersizligi-yol-haritasi.pdf>
- 5) Değertekin M, Çetin Erol D, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, ve ark. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2012;40(4):298-308.
- 6) Ziaecian B, Fonarow G. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2016;13:368-378.
- 7) Justin MV, Mark HD. Clinical Assessment of Heart Failure: Utility of Symptoms, Signs, and Daily Weights. *Heart Failure Clinics*. 2009;5(2):149-160.
- 8) Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*. 2016;74(10):1037-1147.
- 9) Alpert CM, Smith MA, Hummel SL, Hummel EK. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. *Heart failure reviews*. 2017;22(1):25-39.
- 10) Christine AH, Debra KM, Susan JP, Misook LC, Sue W, Sarah JG. Influence of depression and gender on symptom burden among patients with advanced heart failure: Insight from the pain assessment, incidence and nature in heart failure study. *Heart & Lung*. 2019;48(3):201-207.
- 11) Riegel B, Carlson B, Moser D, Sebern M, Hicks F, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*. 2004;10(4):350–360.
- 12) Pour HA, Gökçe S, Kunter D, Yöner H. Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Derg* 2016;24(2):66-71.
- 13) Chen C, Li X, Sun L, Cao S, Kang Y, Hong L, ve ark. Postdischarge short message service improves short-term clinical outcome and self-care behaviour in chronic heart failure. *ESC Heart Fail*. 2019;6(1):164-173.
- 14) Attaallah S, Klymko K, Hopp FP. Self-care among older adults with heart failure. *Gerontology Geriatric Medicine*. 2016;2:1-10.
- 15) Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21(1):63-77.
- 16) Moser DK, Doering LV, Chung ML. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal*. 2005;150:984.
- 17) Doorenbos AZ, Levy WC, Curtis JR, Dougherty CM. An intervention to enhance goals-of-care communication between heart failure patients and heart failure providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016;52(3):353-360.
- 18) Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;10(2):1-2.

- 19) Davidson PM, Cockburn J, Newton PJ, Webster JK, Betihavas V, Howes L, et al. Can a heart failure-specific cardiac rehabilitation program decrease hospitalizations and improve outcomes in high-risk patients? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010;17(4):393-402.
- 20) Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi.*2006;5:1-5.
- 21) Herrman H, Schofield H, Murphy B, Metelko Z, Szabo S, Pibernik-Okanovic M, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine.* 1998;28(3):551-558.
- 22) Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations of experience? *BMJ.* 2001;322:1240-1243.
- 23) Zambroski C, Moser DK, Lennie T, Chung ML, Heo S, Smoot T, ve ark. Use of the Memorial Symptom Assessment Scale-Heart failure in heart failure patients. *Circulation.* 2004;110(17):739.
- 24) Komşuoğlu B. *Klinik Kardiyoloji.* Kocaeli: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
- 25) Kolcaba K. Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci.* 1992;15(1):1-10.
- 26) Büyükünâl Şahin P, Rızalar S. Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *HSP.* 2018;5(3):404-413.
- 27) Williams AM, Irurita VF. Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. *Int J Nurs Stud.* 2006;43:405-415.
- 28) Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research.* New York: Springer Publishing Company; 2003.
- 29) Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 1991;23(4):237-240.
- 30) Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs.* 2005;31(3):187-94.
- 31) Kyriakou M, Middleton N, Ktisti S, Philippou K, Lambrinou E. Supportive care interventions to promote health-related quality of life in patients living with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Heart, Lung and Circulation.* 2020;29(11):1633-1647.
- 32) Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research.* 2014;27(2):147-150.
- 33) Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of pain and symptom management.* 2008;35(6):594-603.
- 34) Bozgül ŞMK, Bozkurt D. Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği. *Ege Tıp Dergisi.* 2021:94-97.
- 35) Tsutsui H, Ide T, Ito H, Kihara Y, Kinugawa K, Kinugawa S. et al. JCS/JHFS 2021 guideline focused update on diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Circulation Journal.* 2021;85(12):2252-2291.P Failure. *Card Electrophysiol Clin.* 2019;11(1):11-20.
- 37) Malik A, Brito D, Chhabra L. Congestive heart failure (nursing). In: Statpearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
- 38) Mendes A. Heart failure: support at the end of life. *Br J Nurs.* 2019;28(10):653.
- 39) Hajouli S, Ludhwani D. Heart failure and ejection fraction. [Updated 2021 Aug 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
- 40) Kasar KS, Erzincanlı S. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2021;12(28):94-99.

- 41) Schwinger RHG. Pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2021;11(1):263-276.
- 42) James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 2018;392(10159):1789-1858.
- 43) Sarıtaş SÇ, Aktura SÇ. Bilinçli farkındalık, kalp yetersizliği olan hastaların hastane anksiyete-depresyon düzeyini etkiler mi? *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2020;11(24):1-6.
- 44) Özdemir Ü. Kalp yetersizliği hasta ve aile eğitimi [Internet]. 2017 [Erişim tarihi 12 Kasım 2021]. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=66>
- 45) Toklu H. Kalp Yetersizliği ve Beslenme ile İlişkili Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;29(1):66-70.
- 46) Jenča D, Melenovský V, Stehlik J, Staněk V, Kettner J, Kautzner J, et al. Heart failure after myocardial infarction: Incidence and predictors. *ESC heart failure.* 2021;8(1):222-237.
- 47) G. Michael Felker, Douglas L. Mann, James D. Flaherty, Robert O. Bonow, 19 - Heart Failure as a Consequence of Ischemic Heart Disease, Editor(s): G. Michael Felker, Douglas L. Mann, In Companion to Braunwald's Heart Disease, Heart Failure: a Companion to Braunwald's Heart Disease (Fourth Edition), Elsevier, 2020, Pages 254-268.e6, ISBN 9780323609876.
- 48) Yavuzer H. Heart Failure. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics.* 2015; 1(1): 19-23.
- 49) Biykem Bozkurt, 20 - Heart Failure as a Consequence of Dilated Cardiomyopathy, Editor(s): G. Michael Felker, Douglas L. Mann, In Companion to Braunwald's Heart Disease, Heart Failure: a Companion to Braunwald's Heart Disease (Fourth Edition), Elsevier, 2020, Pages 269-287.e2, ISBN 9780323609876.
- 50) Eric V. Krieger, Anne Marie Valente, 27 - Heart Failure as a Consequence of Congenital Heart Disease, Editor(s): G. Michael Felker, Douglas L. Mann, In Companion to Braunwald's Heart Disease, Heart Failure: a Companion to Braunwald's Heart Disease (Fourth Edition), Elsevier, 2020, Pages 363-375.e4, ISBN 9780323609876.
- 51) Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Kalp Yetersizliği Heart Failure. *Smyrna Tıp Dergisi.* 2014:51-56.
- 52) Çelebi AS, Tosya A, Uymaz B, Ömürlü K, Aybek, T. Kalp yetersizliğinin nadir bir nedeni: Lomber disk hernisi ameliyatına bağlı aortokaval fistül. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2014;42(8):756-758.
- 53) Zoghi M. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. *Klinik Gelişim.* 2011;24:1-5.
- 54) Schwinger RHG. Pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2021;11(1):263-276.
- 55) Ovayolu Ö, Ovayolu N. Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar. 2. Baskı. Adana:Çukurova Nobel Tıp Kitabecisi;2017.
- 56) Laurence C, Burch M. Understanding heart failure: pathophysiology and approach to therapy. *Paediatrics and Child Health.* 2021;31(2):61-67.
- 57) Olgun N, Çelik S. Tüm yönleriyle iç hastalıkları hemşireliği. Ankara:Ankara Nobel Tıp Kitabecisi;2021.
- 58) Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2012.
- 59) Maestre A, et al. *J Eval Clin Pract.* 2009; Cuberro JS, et al. *Revista Espanola de Cardiologia(English Edition),* 2004; King M, Kingery J E and Casey B. *American Family Physician,* 2012.
- 60) Şirin G, Borlu F. Kronik konjestif kalp yetersizliğinde troponin I'in değerinin incelenmesi. *Med Bull Sisli Etfal Hosp.* 2019;53(2):172–178.

- 61) Aslanger EK. Hurst The Heart, Kardiyoloji El Kitabı (12 b.). (E. K. Aslanger, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri;2012.
- 62) McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, ve ark. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2012;(3):77-137.
- 63) Bekar L. Sakubitritil/valsartan'ın kalp yetersizliğinde yarar sağlayan etki mekanizmaları nelerdir? *Updates Cardiol.* 2020;3(2):1-3.
- 64) Kim MN, Park SM. Current Status of Pharmacologic and Nonpharmacologic Therapy in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Heart Failure Clinics.* 2021;17(3):463–482.
- 65) Uçar FM, Temizhan A. Kalp yetersizliği: Tanı, farmakolojik ve girişimsel tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics.* 2015;7(1):1-13.
- 66) Papp Z, Agostoni P, Alvarez J, et al. Levosimendan efficacy and safety: 20 years of simdax in clinical use. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2020;76(1):4-22.
- 67) Akıncı AÇ, Zengin N, Buğu Y. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2014;18(2).
- 68) den Uil, C. A, Brugts JJ. Impact of intravenous nitroglycerin in the management of acute decompensated heart failure. *Current heart failure reports.* 2015;12(1):87–93.
- 69) Davies MK., Gibbs CR, Lip GYH. Management: diuretics, ACE inhibitors, and nitrates. *Bmj.* 2000;320(7232):428-431.
- 70) Elkayam U, Aronow WS. Glyceryl trinitrate (nitroglycerin) ointment and isosorbide dinitrate: a review of their pharmacological properties and therapeutic use. *Drugs.* 1982;23(3):165-194.
- 71) Günay E, Akalın F. Çocuk ve adölesanlarda kalp yetersizliği ve tedavisi. *Klinik Gelişim Dergisi.* 2011;24:41-47.
- 72) Alkan HÖ. İntraaortik balon pompası ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing.* 2012;(3):9-10.
- 73) Crawford M. H. (Ed.) Erol Ç, Biberoğlu K, Atalar E. (çev. Ed.) Güncel Kardiyoloji Tanı ve Tedavi. *Güneş Tıp Kitapevleri,* 2010, 25-300.
- 74) McAlister FA, Ezekowitz J, Hooton N, et al. Cardiac resynchronization therapy for patients with left ventricular systolic dysfunction: a systematic review. *JAMA.* 2007;297: 2502-2514.
- 75) Smeltzer SC. O'Connell and Bare B. G. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical – Surgical Nursing 10th Edition, Published by Hagerstown, Maryland, U. S. A. : Lippincott Williams & Wilkins. 2004, s. 646-677.
- 76) Kılıç, T. (2021). Düşük ejeksiyon fraksiyonlu düşük akımlı ciddi aort darlığına bağlı kalp yetersizliği olan bir olguda tedavi yaklaşımı. (Y. Çavuşoğlu, Dü.) *Olgularla Klap Yetersizliği,* 1-10.
- 77) Benhase C, Faulkner TJ, Hendricks K, Sublett J. Nursing Aspects of Heart Failure. Jefferies JL, Chang AC, Rossano JW, Shaddy RE, Towbin JA, editors. *Heart Failure in the Child and fg Adult.* London: Elsevier Inc; 2018.
- 78) de Souza V, Zeitoun SS, Lopes CT, de Oliveira APD, Lopes JDL, de Barros AL BL. Content validation of the operational definitions of the nursing diagnoses of activity intolerance, excess fluid volume, and decreased cardiac output in patients with heart failure. *International journal of nursing knowledge.* 2014;25(2):85-93.
- 79) Sezgin D, Mert H. Evidence Based Approach In Nursing Care Of Patients With Heart Failure [Article in Turkish]. *DEUHFED.* 2015;8(2):108–18.
- 80) Hayhoe B, Kim D, Aylin PP, Majeed FA, Cowie MR, Bottle A. Adherence to guidelines in management of symptoms suggestive of heart failure in primary care. *Heart.* 2019;105(9):678- 85.

7. 81) Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2010;1(1):3-7.
- 82) Akdeniz Ş, Özer ZC. Orem'in öz-bakım eksikliği teorisine dayalı kalp yetersizliği olan hastalarda semptom yönetimi, öz-bakım gücü ve sağlık davranışlarına planlı hasta eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2021;12(28), 100-109.
- 83) Efe F, Olgun N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2011;18:1-13.
- 84) Delaney C, Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure. *J Cardiovascular Nurs.* 2010;25:27-40.
- 85) Özkan S, Durna Z. İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2006;22(2):121-135.
- 86) Howlett JG, Chan M, Ezekowitz JA, Harkness K, Heckman GA, Kouz S, et. al. The Canadian Cardiovascular Society heart failure companion: bridging guidelines to your practice. *Can J Cardiol.* 2016;32:296-310.
- 87) Sethares KA, Sosa ME, Fisher P, Riegel B. Factors Associated With Delay in Seeking Care for Acute Decompensated Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing.* 2014;29(5):429–438.
- 88) Lee CS, Auld J. Heart Failure. *Critical Care Nursing Clinics of North America.* 2015;27(4): 413–425.
- 89) Clark AM, Spaling M, Harkness K, et al. Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart.* 2014;100:716-721.
- 90) Karimi M, Clark AM. How do patients' values influence heart failure self-care decision-making?: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Nursing Studies.* 2016;59:89–104.
- 91) Conard MW, Heidenreich P, Rumsfeld JS, Weintraub WS, Spertus J, Cardiovascular Outcomes Research Consortium. Patient-reported economic burden and the health status of heart failure patients. *Journal of Cardiac Failure.* 2006;12(5):369-374.
- 92) Bennett SJ, Lane KA, Welch J, Perkins SM, Brater DC, Murray MD. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *Western journal of nursing research.* 2005;27(8):977-993.
- 93) Heo S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2009;8(5):323-328.
- 94) de Souza JT, Matsubara LS, Menani JV, Matsubara BB, Johnson AK, De Gobbi JIF. Higher salt preference in heart failure patients. *Appetite.* 2012;58(1):418-423.
- 95) Zambroski CH. Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart & Lung.* 2003;32(1):32-40.
- 96) Leeming A, Murray SA, Kendall M. The impact of advanced heart failure on social, psychological and existential aspects and personhood. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2014;13(2):162-167.
- 97) Bentley B, De Jong MJ, Moser DK, Peden AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2005;4(4):331-336.
- 98) Lyngå P, Fridlund B, Langius-Eklöf A, Bohm K. Perceptions of transmission of body weight and telemonitoring in patients with heart failure?. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2013;8(1):21524.
- 99) Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung.* 2009;38(2):100-108.

- 100) Heo S, Lennie TA, Moser DK, Dunbar SB, Pressler SJ, Kim J. Testing of a health-related quality of life model in patients with heart failure: A cross-sectional, correlational study. *Geriatric Nursing*. 2022;44:105-111.
- 101) Moshki M, Khajavi A, Hashemizadeh H, Vakilian F, Minaee S, Martin SS. Dark or Bright Half of the Moon: A Qualitative Study Exploring the Experience of Iranian Heart Failure Patients Regarding their Quality of Life. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 Mar 14;7(5):824-830.
- 102) Nural N, Alkan S. Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. *Holistic Nursing Practice*. 2018;32(1):35-42.
- 103) Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2013;6(4):224-230.
- 104) Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of comfort. *J Adv Nurs*. 1991;16(11):1301-1310.
- 105) Roy Choudhury AK, Majumdar PK, Datta C. Woodhead Publishing Series in Textiles. Guowen Song, editor. *Improving Comfort in Clothing*. India:Woodhead Publishing Series in Textiles; 2011.
- 106) Aro I, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire surgery. *J Clin Nurs*. 2012;21:1847-1858.
- 107) Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2010;38(3):808.
- 108) Aktaş YY, Karabulut N, Yılmaz D, Özkan AS. Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler. *Kafkas J Med Sci* 2015;5(3):81–86.
- 109) Zaybak A, Çevik K. Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2015;6:4-9.
- 110) Tutton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. *J Clin Nurs*. 2003;12(5):689-696.
- 111) Goodwin M, Steiner SH. A novel theory for nursing education holistic comfort. *J Holist Nurs*. 2007;25(4):278-285.
- 112) Metin ZG, Gülbahar M. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2020;7(2):95-103.
- 113) Özdemir VA. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul:Marmara Üniversitesi; 2009.
- 114) Uzunhasanoğlu Z. Minnesota kalp yetmezliği ile yaşam anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2013.
- 115) Baydemir C, Özdamar K, Ünalır A. Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2013;13(6):573-579.
- 116) Kuşuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2008;16(61):16-23.
- 117) Özer S. Kalp yetersizlikli hastaların yaşam kalitesi algılamaları. *KY Bülteni*. 2009; 38(2):100-108.
- 118) Chen WL, Liu GJ, Yeh SH, Chiang MC, Fu MY, Hsieh YK. Effect of back massage intervention on anxiety, comfort, and physiologic responses in patients with congestive heart failure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2013;19(5):464-470.

119) Liu MH, Wang CH, Huang YY, Cherng WJ, Wang KWK. A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure. *Journal of Nursing Research*. 2014;22(2):136-145.

120) Sun C, Jia M, Wu H, Yang Q, Wang Q, Wang L, Xu H. The effect of comfort care based on the collaborative care model on the compliance and self-care ability of patients with coronary heart disease. *Ann Palliat Med*. 2021;10:501-8.

121) Aktan I, Ünsar S. Kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi [Yükses lisans tezi]. Trakya: Trakya Üniversitesi; 2021.

122) Tziouvas A, Livieratos T, Fagogenis G, Patsilnakos A, Kontari F, Koustas P et al. Factors associated with length of hospital stay of patients with heart failure. *Heart, Lung and Circulation*. 2008;17:s48.

123) Parke R, McGuinness S, Dixon R, Jull A. Open-label, phase II study of routine high-flow nasal oxygen therapy in cardiac surgical patients. *British Journal of Anaesthesia*. 2013;111(6):925-931.

124) Yılmaz, CK. Hastanede Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Şiddeti ve Genel Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2020;13(4):222-230.

125) Heo S, Moser DK, Pressler SJ, Dunbar SB, Martin GM, Lennie TA. The psychometric properties of the symptom status questionnaire-heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(2):136.

126) Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and Testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *The European Journal of Heart Failure* 2003;5:363–370.

8.EKLER

EK-1: Etik Kurul ve Kurum İzni

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-2261
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07 ARALIK 2021 SALI
Toplantı No : 2021/20
Proje No : GO 21/1076 (Değerlendirme Tarihi: 05.10.2021)
Karar No : 2021/20-05

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR'in sorumlu araştırmacı olduğu, Büşra Nur DURMAZ'ın yüksek lisans tezi olan, GO 21/1076 kayıt numaralı "*Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ile Semptom Şiddeti, Öz-Bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 08 Aralık 2021 – 08 Aralık 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
4. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	IZINLI	
6. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK		IZINLI	
		13. Av. Serap MORALIOGLU	(Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90739940-799
Konu : Büşra Nur DURMAZ
(Tez Çalışması)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Hemşirelik Fakültesi

İlgi: 30.12.2021 tarih ve 1945770 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Büşra Nur DURMAZ' ın *"Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ve Semptom Şiddeti, Öz Bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi"* konulu tez çalışması talebine ilişkin Ankara Şehir Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Özgür Ömer YILDIZ
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Ek: Üst Yazı (1 Sayfa) | S.M. SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI Eğitim ve Tescil Birimi

EK-2: Orijinallik Raporu

TEZİN TAM BAŞLIĞI : KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARINDA KONFOR İLE SEMPTOM ŞİDDETİ, ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖĞRENCİNİN ADI VE SOYADI: Büşra Nur DURMAZ

DOSYANIN TOPLAM SAYFA SAYISI: 88

kalp yetersizliği hastalarında konfor ile semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

ORJİNALLİK RAPORU

%**4**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**4**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**0**

YAYINLAR

%**1**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%4

★ acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

Alıntılarını çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< 150 words

Bibliyografyayı Çıkart

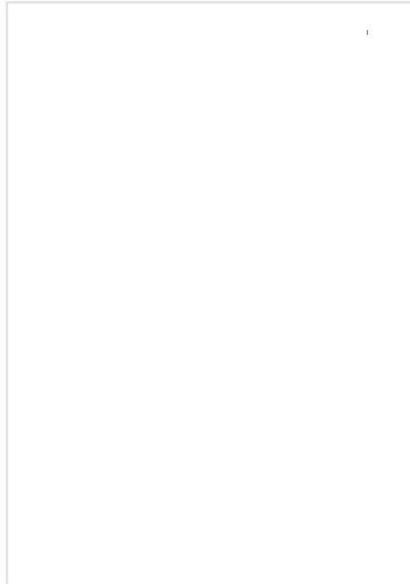
üzerinde

EK-3: Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Busra Nur Durmaz
Ödev başlığı: kalp yetersizliği hastalarında konfor ile semptom şiddeti, öz-...
Gönderi Başlığı: kalp yetersizliği hastalarında konfor ile semptom şiddeti, öz-...
Dosya adı: busra.docx
Dosya boyutu: 116.69K
Sayfa sayısı: 90
Kelime sayısı: 10,049
Karakter sayısı: 71,757
Gönderim Tarihi: 20-Haz-2022 11:12ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1860013346



EK-4: Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

“Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ile Semptom Şiddeti, Öz-bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD tarafından yapılmaktadır.

Araştırma; kalp yetersizliği hastalarında konfor teorisine göre semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla kalp yetersizliği hastalarının öz-bakım davranışlarının geliştirilmesi, semptom şiddetinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olabilecek etmenler planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Araştırma 4 ölçek ve bir formdan oluşmaktadır. Form ve ölçeklerin toplam doldurulma süresi ortalama 30 dakikadır. Bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

□□□Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler (araştırma ekibi) ile

iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Leyla Özdemir

Yardımcı Araştırmacı: Büşra Nur Durmaz

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam

ediniz.

Kabul ediyorum

EK-5: Hasta Tanıtım Formu

Tarih:

Hasta No:

1. Yaş:

2. Cinsiyet: Kadın Erkek3. (BKİ:.....kg/m²)4. Eğitim durumu: Okuryazar değil İlköğretim Lise Lisans Lisansüstü5. Medeni durum: Bekar Evli6. Çocuk: Var Yok (Var ise sayısını belirtiniz)7. Ekonomik durum: Gelir, giderden az Gelir, gidere eşit Gelir, giderden fazla8. Sigara kullanımı: Evet (Ne zamandan beri:.....) Hayır Bırakmış (Evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız)

Günde içilen ortalama sigara sayısı / paket miktarı:.....

Paket/yıl:.....(Bir yıl boyunca günde ortalama 20 adet / 1 paket sigara içildiğinde 1 paket yıla eş değer olmaktadır)

9. Alkol kullanımı: : İçmiyor İçiyor (Ne zamandan beri.....) Bırakmış10. Evde kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz? : Yalnız Eş ve çocuklar Sadece eş Diğer.....11. Hastaya bakmakla yükümlü olan kişi: Var Yok (Var ise aşağıdaki maddeyi cevaplayınız)

Bakım verilen günlük/haftalık saat sayısı: Haftada saat / Günde
saat

12. Kalp yetersizliği tanısından itibaren geçen süre?(ay)

13. Kalp yetersizliği nedeniyle son 1 yılda acile başvurma durumu: Hayır
Evet / defa

14. Kalp yetersizliği nedeniyle son 1 yılda polikliniğe başvurma durumu:
Hayır Evet / defa

15. Kalp yetersizliği nedeniyle son 1 yılda hastaneye yatış durumu: Hayır
Evet / defagün (yatış süresi)

16. Kalp yetersizliğine yönelik kullanılan ilaçlar ve sayısı:

17. Eşlik eden komorbid durumlar: HT DM HL KAH Diğer:

18. Komorbid durumlar için kullanılan ilaçlar ve sayısı:

19. Hastanın dahil olduğu kalp yetersizliği sınıflaması: (NYHA kriterleri doğrultusunda değerlendirilecektir)

Sınıf I Fiziksel aktivitede kısıtlama yok

Sınıf II Fiziksel aktivitede hafif kısıtlanma – sıradan aktiviteler (ör; merdiven çıkmak) sırasında semptom varlığı

Sınıf III Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlanma – minimal aktiviteler (ör; giyinmek) sırasında semptom varlığı

Sınıf IV İstirahatte semptom varlığı

20. Nefes darlığı için yardımcı cihaz/ oksijen kullanım durumunu belirtiniz:.....

EK-6: Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği

Açıklamalar: Lütfen, aşağıda verilen ifadelerin her birini dikkatlice okuyunuz, durumunuzu en iyi şekilde tanımlayan seçeneği veya bu semptomların sizi geçtiğimiz 4 hafta boyunca ne kadar rahatsız ettiğini belirten ifadeyi yuvarlak içine alınız.

1. Gün içinde nefes darlığı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 2. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 1a, 1b ve 1c seçeneklerini yanıtlayınız)

1a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az 2) Haftada 1-2 defa 3) Haftada 3-5 defa 4) Neredeyse her gün

1b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif 2) Orta 3) Şiddetli 4) Çok şiddetli

1c. Nefes darlığı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç 1) Oldukça az 2) Biraz 3) Oldukça fazla 4) Çok fazla

2. Sırt üstü yattığınız zaman nefes darlığı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 3. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 2a, 2b ve 2c seçeneklerini yanıtlayınız)

2a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az 2) Haftada 1-2 defa 3) Haftada 3-5 defa 4) Neredeyse her gün

2b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif 2) Orta 3) Şiddetli 4) Çok şiddetli

2c. Nefes darlığı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç 1) Oldukça az 2) Biraz 3) Oldukça fazla 4) Çok fazla

3. Yorgunluk veya enerji azlığı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 4. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 3a, 3b ve 3c seçeneklerini yanıtlayınız)

3a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az 2) Haftada 1-2 defa 3) Haftada 3-5 defa 4) Neredeyse her gün

3b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif 2) Orta 3) Şiddetli 4) Çok şiddetli

3c. Yorgunluk veya enerji azlığı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç 1) Oldukça az 2) Biraz 3) Oldukça fazla 4) Çok fazla

4. Göğüs ağrısı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 5. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 3a, 3b ve 3c seçeneklerini doldurunuz)

4a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az 2) Haftada 1-2 defa 3) Haftada 3-5 defa 4) Neredeyse her gün

4b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif 2) Orta 3) Şiddetli 4) Çok şiddetli

4c. Göğüs ağrısı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç 1) Oldukça az 2) Biraz 3) Oldukça fazla 4) Çok fazla

5. Bacaklarınızda veya ayak bileklerinizde şişlik oldu mu?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 6. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 5a, 5b ve 5c seçeneklerini yanıtlayınız)

5a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az 2) Haftada 1-2 defa 3) Haftada 3-5 defa 4) Neredeyse her gün

5b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif 2) Orta 3) Şiddetli 4) Çok şiddetli

5c. Bacaklar veya ayak bileklerindeki şişlik size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç 1) Oldukça az 2) Biraz 3) Oldukça fazla 4) Çok fazla

6. Gece uyumakta zorluk çektiniz mi?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 7. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 6a, 6b ve 6c seçeneklerini yanıtlayınız)

6a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az 2) Haftada 1-2 defa 3) Haftada 3-5 defa 4) Neredeyse her gün

6b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif 2) Orta 3) Şiddetli 4) Çok şiddetli

6c. Gece uyumakta zorluk çekme size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç 1) Oldukça az 2) Biraz 3) Oldukça fazla 4) Çok fazla

7. Baş dönmesi veya denge kaybı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, sadece kontrol ediniz ve cevaplamaı burada bırakınız)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 7a, 7b ve 7c seçeneklerini yanıtlayınız)

7a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az 2) Haftada 1-2 defa 3) Haftada 3-5 defa 4) Neredeyse her gün

7b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif 2) Orta 3) Şiddetli 4) Çok şiddetli

7c. Baş dönmesi veya denge kaybı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç 1) Oldukça az 2) Biraz 3) Oldukça fazla 4) Çok fazla

EK-7: Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi

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

Son 1 aydır (4 haftadır) yaşamımı istediğim gibi srdremiyorum.

Çünkü kalp yetmezliğine bağlı;

	Hayır	çok az	Az	Orta	Fazla	çok fazla
1. Bacak ve ayak bileklerim şişiyor.	0	1	2	3	4	5
2. Gün içinde dinlenmek için oturmak ya da uzanmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
3. Yürürken ya da merdiven çıkarken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
4. Ev ya da bahçe işleri yaparken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
5. Evden uzak yerlere gitmekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
6. Geceleeri iyi uyuyamıyorum.	0	1	2	3	4	5
7. Arkadaş ya da aile ilişkilerimde ya da onlarla birlikte olmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
8. Hayatımı kazanmak için yaptığım işleri gerçekleştirmede zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
9. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerimi yapmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
10. Cinsel aktivitelerimi gerçekleştirirken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
11. Sevdiğim yiyeceklerden daha az yemek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
12. Nefes almakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Yorgun, bitkin ya da enerjimin azaldığını hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Hastaneye yatmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
15. Tedavi masrafları için para harcamak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
16. Tedaviye bağlı yan etkiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4	5
17. Aileme ya da arkadaşlarıma yk olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
18. Hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
19. Endişeleniyorum.	0	1	2	3	4	5
20. Dikkatimi toplamada ya da hatırlamada güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
21. Kendimi kederli, özgün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5

EK-8: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-bakım Davranışları Ölçeği-12

		Tamamen katılıyorum				Tamamen katılmıyorum
1	Her gün tartılırım	1	2	3	4	5
2	Eğer nefesim daralırsa sakinleşmeye çalışırım	1	2	3	4	5
3	Eğer nefes daralmam artarsa, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
4	Ayaklarım/Bacaklarım normalden fazla şişerse, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
5	Bir hafta içinde 2 kilo kaybedersem, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
6	Bir günde aldığım alkollü içeceklerimi kontrol altında tutarım (1.5–2 lt/day)	1	2	3	4	5
7	Gün içinde dinlenirim	1	2	3	4	5
8	Çok bitkinlik hissedersen, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
9	Az tuzlu yemek yerim	1	2	3	4	5
10	İlaçlarımı düzenli olarak alırım	1	2	3	4	5
11	Her yıl grip aşısı olurum	1	2	3	4	5
12	Düzenli spor yaparım	1	2	3	4	5

EK-9: Genel Konfor Ölçeği

Rahatlık kavramı ile ilgili çalışmamızda görüşleriniz bizim için önemlidir katılımınız için teşekkür ederiz. YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**tamamen katılıyorum**” dan “**kesinlikle katılmıyorum**” a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Örnek: Rahatlığımıza ilişkin doldurduğum bu anketten memnunum	Tamamen Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	4	3	2	1
1				
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İncam korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1

18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1

36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK-10: Ölçek İzinleri

24 Haziran Per 18:03 (7 gün önce) ★ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Büşra hanım merhaba,

Türkçe geçerlik, güvenirliğini yaptığım "AVRUPA KALP YETMEZLİĞİ ÖZ BAKIM DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ" ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biyostatistik ve Tıp Bilişimi AD Bşk.

ÖLÇEK İZİNİ HAKKINDA ★ ↶ ⋮

Büşra Nur Durmaz <...> 14 Haz 2021 10:22 ★ ↶

Alıcı: n ▾

Hocam Merhaba,

Ben Büşra Nur..Hemşire olarak çalışmaktayım.2020 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği"ni çalışmamda kullanmak için izin istiyorum.

Saygılar..

14 Haz 2021 12:20 ★ ↶

Alıcı: Zehra, ben ▾

Merhaba Büşra Nur,

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını birlikte gerçekleştirdiğimiz Zehra hocamın da onayıyla ölçeği ve skorlama sistemini ekte paylaşıyorum.

Sevgiler.

Büşra Nur Durmaz <...> 14 Haz 2021 Pzt, 10:22 tarihinde şunu yazdı:




GÖRÜ KULLANIMI İZİNİ AL Gelen Kutusu X

Büşra Nur Durmaz <  > 23 Haz 2021 18:07 (8 gün önce) ☆
 Alıcı: ul <  >


Merhaba Hocam,
 Ben Büşra Nur Durmaz.Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.'da yüksek lisans yapmaktayım.2008 yılında geçerlik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Genel Ölçeği"ni tezimde kullanmak üzere izin istiyorum.
 Saygılarımla..

Ükke KARABACAK 📧 24 Haz 2021 17:00 (7 gün önce) ☆
 Alıcı: ben <  >

Sevgili Büşra Nur,
 Ekte Ölçeğin bizim kullandığımız versiyonunu iletiyorum, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Büşra Nur Durmaz <  > 23 Haz 2021 17:40 (8 gün önce) ☆ ↩ ⋮
 Alıcı:  <  >

Merhaba Hocam,
 Ben Büşra Nur Durmaz..Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları A.B.D.'da yüksek lisans yapmaktayım.2009 yılında geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi"ni tezimde kullanmak üzere izin istiyorum.
 Saygılar..

vacide asik 📧 25 Haz 2021 11:56 (6 gün önce) ☆ ↩ ⋮
 Alıcı: ben <  >

Sayın Durmaz,
 2009 yılı yüksek lisans tez çalışmamda, kültürel uyarlaması-dil eşdeğerliği ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam anketini çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte anketin türkçe versiyonu ile ankete ilişkin değerlendirme yer almaktadır. Kolaylıklar dilerim.
 Vacide AŞIK ÖZDEMİR
 Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
 İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
 Rize

9. ÖZGEÇMİŞ

