

# Kalp Yetersizliği Hastalarında Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

## An Investigation on the Quality of Life of Heart Failure Patients as Per Socio-Demographic and Disease Related Characteristics

Neriman ZENGİN,<sup>a</sup>  
Besey ÖREN,<sup>a</sup>  
Hicran YILDIZ,<sup>b</sup>  
Ayşe ÇİL<sup>c</sup>

<sup>a</sup>İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Ebelik Bölümü, İstanbul

<sup>b</sup>Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,  
Bursa

<sup>c</sup>Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,  
Kırklareli

Geliş Tarihi/Received: 05.01.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 20.06.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Neriman ZENGİN  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Ebelik Bölümü, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
nzengin@istanbul.edu.tr

**ÖZET Amaç:** Kalp yetersizliği yaşam kalitesinin etkileyen önemli kardiyak bir sendromdur. Bu çalışma kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri incelemek amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmanın evrenini 2009-2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji servislerinde yatan, en az altı ay önce kalp yetersizliği tanısı konan, 18 yaş ve üzeri olgular, örneklemi ise çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışma kriterlerine uygun ve New York Kalp Birliğinin Fonksiyonel Sınıflandırmasına (NYHA) göre evre II, III ve IV'olan 120 olgu oluşturdu. Veriler yapılandırılmamış sorulardan oluşan anket formu, Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Anketi (MLHFQ) ile toplandı. Değerlendirme SPSS 15.0 programında sıklık, ortalama, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis Testleri ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi  $p>0,05$  olarak kabul edildi. **Bulgular:** Yaş ortalaması  $64,29\pm 12,50$  olan bireylerin hastalık süresi  $9,06\pm 8,19$  yıldır. Cinsiyet, çalışma durumu, acile başvuru sıklığı, egzersiz yapma ve NYHA fonksiyonel sınıflandırmasına göre toplam MLHFQ ve alt boyut puanları arasında anlamlı istatistiksel fark görüldü. Hastalık süresi fazla olanların emosyonel boyutta, hastaneye yatarak tedavi alan ve hastaneye yatma sayısı fazla olanların toplam MLHFQ ve emosyonel alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptandı. **Sonuç:** Çalışmada elde edilen bulguların sonuçlarına göre; kadınların, hastaneye yatma sayısı fazla olanların, egzersiz yapmayanların ve ileri boyutta kalp yetersizliği olanların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, kalp yetersizliği, yaşam kalitesi

**ABSTRACT Objective:** Heart failure is an important cardiac syndrome that has an impact on the quality of life. This study was performed in order to investigate the socio-demographic and disease-related characteristics of heart failure patients that influence the quality of life. **Material and Methods:** The study universe was composed of cases at or above the age of 18, who were hospitalized in the cardiology service of a university hospital between the years 2009-2012 and the study sample was composed of 120 cases in Stage II, III and IV according to the Functional Classification of New York Heart Association (NYHA), who met the study criteria and consented to take part in the study. The data were collected using the questionnaire form titled Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). The data were assessed using the SPSS 15.0 software via frequency, mean, Mann-Whitney U and Kruskal Wallis Tests. The level of significance was considered to be  $p>0.05$ . **Results:** The disease duration of people with an average age of  $64.29\pm 12.50$  was  $9.06\pm 8.19$ . Statistically significant differences were seen with respect to the sex, employment status, and emergency presentation frequency, exercise NYHA functional classification according to MLHFQ and sub-dimension scores. Significant differences were identified in the emotional dimension scores of those who had long disease durations and in the total MLHFQ and emotional sub-dimension scores of those who received inpatient treatment and had a high frequency of hospitalization. **Conclusion:** According to the results of the findings obtained in the study, it was seen that females, those who were frequently hospitalized, did not exercise and had advanced stage heart failure had poorer quality of life.

**Key Words:** Heart failure, quality of life, nursing

**K**alp yetersizliği fiziksel ruhsal ve sosyal sıkıntılarının eşlik ettiği ve yaşam kalitesinin bozulmasıyla sonuçlanan önemli kardiyak bir sendromdur. Sendrom büyüyen bir epidemidir. İnsidansı yaşla artmakta<sup>1</sup> ve 65 yaş üzeri kişilerde en sık hastaneye yatış nedeni arasında yer almaktadır.<sup>2</sup> Hastalığın prevalansı her on yılda ikiye katlanmakta ve 70 yaş üzeri kişilerde %10 oranında görülmektedir.<sup>3</sup> Türkiye’de ise, erişkinlerde kalp yetersizliği ve aseptomatik ventrikül disfonksiyonu prevalansı mutlak değerleri sırasıyla %2,9 ve %4,8; tahmini değerleri ise sırasıyla %6,9 ve %7,9 olarak bildirilmiştir.<sup>4</sup>

Kalp yetersizliği fiziksel, ruhsal ve sosyal birçok soruna neden olmaktadır. Fiziksel semptomlar arasında dispne, proksimal noktürnal dispne, ödem, çarpıntı, göğüs ağrısı, ortopne, öksürük ve yorgunluk yaygın olarak görülmektedir.<sup>5</sup> Özellikle fiziksel semptomlardan dispne, yorgunluk ve halsizliğe bağlı gelişen egzersiz intoleransı hastaların günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara yol açmaktadır. Hastalığın ruhsal etkileri arasında anksiyete, depresyon ve fiziksel semptomlardan kaynaklanan korku, sıkıntı, sinirlilik, suçluluk duygusu ve uyku bozuklukları bildirilmektedir. Ayrıca hastalığın ciddiyetinin artması ile ortaya çıkan mortalite riski, hastalarda ruhsal sıkıntıları artırmaktadır.<sup>6,7</sup> Kalp yetersizliğinin olumsuz etkilerinin görüldüğü diğer bir alanda sosyal yaşamdır. Sosyal yaşamda hastalığa bağlı olağan günlük sosyal aktivitelerde değişme, eşi ve ailesi ile birlikte katılabileceği sosyal aktivitelerden kaçınma ve sosyal izolasyon görülmektedir.<sup>7</sup> Sonuç olarak; kalp yetersizliğinde hastalığa ve tedavisine bağlı ortaya çıkan fiziksel semptomlar, ruhsal ve sosyal birçok soruna yol açmakta ve böylece hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Kalp yetersizliğinin tedavisinde amaç yaşam süresini arttırmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, hastalığın ilerlemesini ve hastane başvurularını önlemektir. Ancak mortalite ve hastaneye yatışlarda önemli bir belirleyici olarak kabul edilen yaşam kalitesini iyileştirme, kötü prognoz göz önüne alındığında en önemli amaç haline gelmektedir.<sup>2,8</sup>

Kalp yetersizliğinin yaşam kalitesine etkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda yaşam kalitesi üzerinde sosyodemografik, psikososyal ve davranışsal faktörlerin ve hastalığın klinik seyrinin etkili olduğu bildirilmektedir.<sup>8</sup> Sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri toplum ve bireyler arasında farklılık göstermektedir. Bu bilgiden yola çıkarak çalışma sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili faktörlerin kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tanımlayıcı, kesitsel nitelikte olan bu çalışma kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri incelemek amacıyla yapıldı. Çalışmanın evrenini 2009-2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji servislerinde yatan, en az altı ay önce kalp yetersizliği tanısı konulmuş, 18 yaş ve üzeri olgular, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden, New York Kalp Birliğinin Fonksiyonel Sınıflandırmasına göre (New York Heart Association-NYHA)<sup>9</sup> evre II, III ve IV olan 120 olgu oluşturdu.

Veriler demografik ve hastalıkla ilişkili soruların yer aldığı anket formu, NYHA fonksiyonel sınıflandırması ve Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-MLHFQ) ile toplandı.<sup>10</sup>

New York Kalp Birliğinin Sınıflandırması hastaların fonksiyonel durumuna göre klinik tablonun sınıflandırmasıdır. İlk kez 1928 yılında tanımlanmış ve 1994 yılında revize edilmiştir. NYHA sınıflaması güçlü bir prognoz göstergesi ve risk belirleyicisidir. Fonksiyonel sınıf arttıkça hayatta kalma oranı azalmaktadır. Sınıflandırmada I’den IV’e kadar hastalar fiziksel aktivitelerine göre değerlendirilmektedir.<sup>9,11</sup>

Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Anketi (MLHFQ) hastalığa spesifik, kalp yetersizliği ve tedavisinin hastaların yaşantılarında; fiziksel, sosyo-ekonomik, psikolojik boyutlarında etkilerini ve algılamalarını değerlendirmek amacıyla Rector ve arkadaşları tarafından 1987’de geliştirilmiştir.<sup>10</sup>

Ölçek “fiziksel fonksiyon” ve “emosyonel” olmak üzere, 0 (hayır)’dan 5 (çok fazla)’e derecelendirilen likert tipte puanlamaya sahip, iki alt boyut ve 21 ifadede oluşmaktadır. İfadelerden 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. Ölçekte alt boyut ifadelerine verilen cevapların toplamı alt boyut puanlarını, toplam ifade sayısı olan 21 ifadeye verilen cevapların toplamı ise toplam puanı vermektedir. Fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 0 ile 40 arasında; emosyonel alt boyut puanı 0-25; total ölçek puanı 0-105 arasında değişmektedir. Düşük puan iyi yaşam kalitesini, yüksek puan ise kötü yaşam kalitesini göstermektedir.<sup>10</sup> Ölçeğin 1992 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış; güvenilirlik katsayıları toplamda 0,93, alt boyutlar arasında 0,88-0,89 arasında bulunmuştur.<sup>12</sup> Ölçek Bakan ve Durmaz Akyol<sup>13</sup> ve Özdemir<sup>14</sup> tarafından yapılan iki farklı çalışmada Türkçeye uyarlanmış ve Cronbach’s alpha değerlerinin toplamda 0,83, alt boyutlar bazında 0,61-0,87 arasında değişmektedir. Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısının totalde 0,92, alt boyutlarda 0,92-0,83 arasında değiştiği görülmüştür (Tablo 1).

Çalışmada öncelikle serviste yatan stabil olgular NYHA ile değerlendirildi ve NYHA göre sınıf iki, üç ve dört olan hastalardan veri toplama araçları ile veriler toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programında sıklık, ortalama, iki değişkenli grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla değişkenli grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testinden yararlanıldı.

Çalışma öncesi yerel etik komiteden etik karar onayı ve MLHFQ ölçeğini kullanmak için izin alındı. Hastalar bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmak isteyenlerle çalışma yürütüldü.

## BULGULAR

Yaş ortalamaları  $64,95 \pm 11,01$  olan olguların %60,8’i (73) erkek, %54,2’si (65) ilkokul mezunu, %80’ini evli (96) ve %79,2’si (95) çalışmamaktadır. Olguların ortalama hastalık süresi  $9,20 \pm 8,42$  yıl, kullandıkları ortalama ilaç sayısı  $5,38 \pm 2,92$ , hastalık nedeniyle ortalama hastaneye yatış sıklığı  $2,95 \pm 4,58$ , ortalama acile başvuru sayıları  $2,50 \pm 5,56$ ’dır. Hastaların büyük çoğunluğunun düzenli kontrole geldiği (%51,7), tuz kısıtlaması yaptığı (%63,3) ve egzersiz yapmadığı (%68,3) görüldü (Tablo 2).

Olguların MLHFQ toplam puanı  $69,95 \pm 21,50$ , fiziksel fonksiyon puanı  $30,76 \pm 9,24$  ve emosyonel alt boyut puanı  $15,08 \pm 6,76$ ’dır (Tablo 1). Olguların sosyodemografik, hastalık ve sağlık özelliklerine göre yaşam kalitesine ilişkin bulguları Tablo 2’de verilmiştir. Sosyo-demografik, hastalık ve sağlıkla ilgili değişkenlerin yaşam kalitesinin ana ve alt boyutlarından bazılarını etkilediği görüldü.

Demografik özelliklerden yaş dağılımı, medeni ve maddi duruma göre toplam MLHFQ ve alt boyut puanları incelendiğinde anlamlı fark görülmezken ( $p > 0,05$ ), cinsiyete ve çalışma durumuna göre anlamlı fark görüldü ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2). Erkeklerin kadınlardan, çalışanların çalışmayanlardan tüm ölçek ve alt boyut puanları istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde daha düşük bulundu. Eğitim durumuna göre ise total MLFHQ ve emosyonel alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında anlamlı fark görüldü ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2). Erkeklerin ve çalışanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu, eğitim durumu iyi olanların ise fiziksel fonksiyon olarak daha iyi olduğu saptandı.

**TABLO 1:** Olguların MLHFQ puanları.

	Cronbach alfa	Mean±SD*	Median	Dağılım Aralığı
MLHFQ	0,92	69,95 ±21,50	74,00	3-105
Fiziksel fonksiyon	0,92	30,76±9,24	33,50	0-40
Emosyonel	0,83	15,08±6,76	15,00	0-25

\* Ortalama ± Standart Sapma.

**TABLO 2:** Sosyo-demografik ve sağlık/hastalık ile ilgili özelliklerin yaşam kalitesi ile ilişkisi.

Hastaların Özellikleri	N	%	MHFQ_TOP	İstatistiksel Analiz	Fiziksel Fonksiyon	İstatistiksel Analiz	Emosyonel	İstatistiksel Analiz
Yaş (Mean±SD/Median /Dağılım Aralığı)	31-40	1,7	34,50±19,09		11,50±7,78		11,50±7,71	
	41-50	5,0	77,50±9,91		34,17±4,40		16,17±4,96	
	51-60	34,2	71,83±23,50		30,07±10,51		16,32±7,21	5,43
	61-70	30,0	68,17±21,57	5,99	31,44±8,84	5,13	13,08±7,30	0,24
	71-100	29,2	70,31±19,32	0,20	31,40±7,66	0,27	15,71±5,75	
Cinsiyet	Kadın	39,2	74,87±19,86	<b>1333,0</b>	33,00±8,11	<b>1300,0</b>	17,09±6,23	<b>1234,0</b>
	Erkek	60,8	66,78±22,05	<b>0,04*</b>	29,33±9,69	<b>0,02*</b>	13,79±6,82	<b>0,01*</b>
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	14,2	68,47±24,47		31,18±9,43		15,82±6,86	
	İlkokul	54,2	73,77±20,27	6,02	32,35±8,80	7,92	16,08±6,90	6,21
	Orta öğrenim	22,5	65,44±21,90	0,11	27,85±10,14	<b>0,04*</b>	14,00±4,94	0,10
	Yükseköğrenim	9,2	60,73±20,51		27,91±7,92		10,73±8,34	
Medeni durum	Bekar	20,0	69,83±20,38	1103,0	30,54±9,87	1138,5	15,21±6,30	1132,5
	Evli	80,0	69,98±21,88	0,74	30,82±9,13	0,92	15,05±6,90	0,89
Çalışma durumu	Çalışan	20,8	62,08±20,18	<b>809,5</b>	27,24±9,82	<b>867,5</b>	12,52±6,17	<b>868,0</b>
	Çalışmayan	79,2	72,02±21,46	<b>0,01*</b>	31,69±8,91	<b>0,02*</b>	15,76±6,78	<b>0,03*</b>
Maddi durum	Kotu	5,8	69,29±20,63	0,01	30,14±8,13	0,35	13,29±5,22	0,76
	Orta	72,5	70,00±21,94	0,90	30,71±9,90	0,55	15,44±6,64	0,38
	İyi	21,7	69,96±21,05		31,12±7,30		14,38±7,60	
Hastalığı ile ilgili danışmanlık alma	Aldım	52,5	70,49±21,73	1757,5	30,17±9,85	1703,0	15,52±5,99	1722,5
	Almadım	47,5	69,35±21,42	0,84	31,42±8,55	0,62	14,60±7,55	0,70
Hastalık Tanı süresi (yıl)	6 ay-1 yıl	20,8	63,68±22,78		29,56±10,10		11,40±7,19	
(Mean±SD/Median /Dağılım Aralığı)	2-3	10,0	73,08±24,59	3,25	28,92±11,94	1,45	17,92±5,28	9,0
	4-5	14,2	73,24±17,63	0,35	31,06±6,50	0,69	16,24±6,19	<b>0,02*</b>
	6 ≥	55,0	70,91±21,34		31,48±9,08		15,67±6,56	
Daha önce hastaneye yatma	Yatan	70,0	73,74±20,16	<b>952,0</b>	31,60±8,79	1191,0	16,17±6,10	<b>1052,5</b>
	Yatmayan	30,0	60,74±22,15	<b>0,00*</b>	28,74±10,08	0,08	12,42±7,60	<b>0,01*</b>
Yatış sayısı	İlk yatış	29,2	60,74±22,15		28,74±10,08		12,42±7,60	
(Mean±SD/Median /Dağılım Aralığı)	1 Yatış	19,2	68,47±21,85		28,34±10,16		15,26±5,73	
	2 yatış	9,2	68,54±17,95	<b>14,38</b>	30,90±6,50	9,15	13,09±6,81	<b>11,28</b>
	3 yatış	14,2	77,17±11,80	<b>0,00*</b>	35,05±4,06	0,05	16,76±5,16	<b>0,02*</b>
	4 ≥	28,3	77,26±22,45		32,29±9,65		17,50±6,33	dévamı →

TABLO 2: devami.

Acile başvurma	Başvuran	78	65,0	74,60±19,85	1038,0	32,23±8,57	1177,0	16,22±6,59	1201,0
	Başvurmayan	42	35,0	61,31±22,01	0,001*	28,05±9,92	0,01*	12,98±6,65	0,01*
Acile başvuru sıklığı	Başvurmayan	42	35,0	61,31±22,01		28,05±9,92		12,98±6,65	
(Mean±SD/Median /Dağılım Aralığı)	1 Başvuru	29	24,2	66,86±23,12	19,42	29,62±10,51	12,27	14,34±7,35	10,35
(2,50±5,56/1/0-50)	2 Başvuru	15	12,5	73,80±17,64	0,00*	31,80±7,72	0,01*	16,80±5,81	0,03*
	3 Başvuru	11	9,2	79,27±15,72		35,36±8,36		15,91±4,95	
	4 Başvuru ve üstü	23	19,2	82,65±15,20		34,30±5,31		18,35±6,40	
ilaç sayısı	0-2	17	14,2	64,82±24,42	8,80	30,12±10,96	1,07	30,77±9,24	7,53
(Mean±SD/Median /Dağılım Aralığı)	3-5	57	47,5	66,16±20,52	0,01*	29,98±9,38	0,58	15,71±7,27	0,02*
5,38±2,92/5/0-16	6 ve üstü	46	38,3	76,54±20,35		31,98±8,44		13,42±6,33	
Düzenli kontrole gelme	Evet	62	51,7	72,82±22,64	4,82	30,58±10,14	1,43	16,55±6,00	5,94
	Hayır	20	16,7	62,80±21,51	0,09	29,50±9,06	0,48	12,15±7,11	0,051
	İhtiyaç halinde	38	31,7	69,03±19,03		31,74±7,82		14,24±7,27	
Tuz kısıtlaması yapma	Evet	75	60,0	69,89±19,69	1,13	30,51±8,19	1,66	14,91±6,79	0,23
	Hayır	33	19,2	68,47±25,59	0,56	30,94±11,43	0,43	15,50±7,15	0,88
	Bazen	12	10,0	74,25±22,07		31,92±9,81		15,08±5,92	
Egzersiz yapma durumu	Evet	13	10,8	55,69±27,35	8,23	25,38±12,78	8,91	10,69±7,27	6,14
	Hayır	90	65,6	72,58±19,23	0,01	32,19±7,96	0,01	15,47±6,60	0,04
	Bazen	15	11,6	62,00±21,72		25,67±10,15		15,27±5,79	
NYHA	II	46	38,3	57,52±22,87	25,29	25,50±10,09	27,02	12,57±6,86	13,25
	III	42	35,0	75,60±15,99	0,00	34,05±6,42	0,00	15,40±6,63	0,00
	IV	32	26,7	80,41±17,11		34,03±7,67		18,28±5,37	
Başka hastalık	Var	84	70,0	71,10±19,93	1379,5	31,04±8,71	1501,0	15,84±6,51	1194,5
	Yok	36	30,0	67,25±24,88	0,44	30,11±10,46	0,95	13,30±7,08	0,69

İkili gruplarda Mann-Whitney -U, üç ve üzeri gruplarda Kruskal-Wallis ki kare testi, \*p<0,05, Düşük skor yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

Hastalık/sağlık özelliklerine göre hastalığı hakkında danışmanlık alan ve almayanların, kontrole düzenli giden, gitmeyen ve ihtiyaç hissettikçe gidenlerin, tuz kısıtlaması yapan, yapmayan ve bazen yapanların, ek hastalığı olan ve olmayanların MLHFQ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

Hastalık süresine göre emosyonel alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptandı. Uzun süre önce kalp yetersizliği tanısı alanların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görüldü ( $p<0,05$ ) (Tablo 2).

Hastalık nedeni ile daha önce hastaneye yatan olguların, yatamayan olgulara ve hastaneye yatış sayısı çok olanların, az olanlara göre toplam MLHFQ ve emosyonel alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Yatarak tedavi olanların ve yatış sayısı fazla olanların total ve emosyonel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu belirlendi (Tablo 2).

Hastalık nedeni ile acile başvuranların, başvurmayanlara göre, acile başvuru sayısı fazla olanların, az olanlara göre toplam MLHFQ ve emosyonel, fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel arasında anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 2). Kalp yetersizliği nedeni ile acile başvuranların ve acile başvuru sayısı fazla olanların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görüldü.

Kullanılan ilaç sayısı fazla olanların, az olanlara göre toplam MLHFQ ve emosyonel alt boyut puanları istatistiksel anlamlı ( $p<0,05$ ) şekilde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 2). Olguların kullanılan ilaç sayısı arttıkça emosyonel durumları ve genel yaşam kaliteleri kötüleşmektedir.

Düzenli egzersiz yapmayanların yapanlara göre toplam MLHFQ ve alt boyut puanları istatistiksel anlamlı olarak ( $p<0,05$ ) daha yüksek bulundu. Düzenli egzersiz yapmayanların yaşam kalitesi daha kötü olduğu belirlendi (Tablo 2).

Fonksiyonel duruma göre olgular değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 2). Fonksiyonel durum kötüleştikçe yaşam kalitesi de fiziksel fonksiyonel ve genel olarak kötüleşmektedir.

## TARTIŞMA

Kalp yetersizliği sendromu, alevlenme ve remisyon süreçleri ile birlikte fiziksel ruhsal ve sosyal yaşamı olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini bozmaktadır. Bununla birlikte yaşam kalitesinin öznel yapısına bağlı olarak sendromun yaşam kalitesine etkisi toplum ve bireyler arasında farklılıklar göstermektedir.

Kalp yetersizliği olan bireylerle yapılan çalışmalarda MLHFQ puanları farklılık göstermektedir. Chrysohoou ve ark.<sup>15</sup> NYHA II-IV arasında değişen, kalp yetersizliği hastalarında egzersizin etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmasında girişim ve kontrol grubu yaş ortalaması sırasıyla  $63\pm9$  ve  $56\pm11$  olan hastalarda girişim öncesi MLHFQ puanlarının sırasıyla  $21\pm7$  ile  $19\pm12$ , Goodman ve ark.<sup>nın</sup><sup>16</sup> hastane kabul edilen kalp yetersizliği hastalarında yürüttükleri altı aylık izlem çalışmasında başlangıçta  $57,2\pm20,7$ , altı ay sonrası değerlendirmede ise  $45,7\pm27,0$  olarak belirtilmiştir. Çalışmada, yaşam kalitesinin ( $69,95\pm21,50$ ) (Tablo 2) Chrysohoou ve ark.<sup>nın</sup> çalışmasına göre daha fazla etkilendiği ancak Goodman ve ark.<sup>nın</sup> çalışma sonuçlarına benzer olduğu görüldü. Yaşam kalitesinin ileri derecede etkilenmesinin Goodman ve arkadaşlarının izlem çalışmasına benzer şekilde örneklemin hastanede yatan hastalardan oluşmasından kaynaklanmış olabilir.<sup>15,16</sup> Kalp yetersizliği nedeni ile hastaneye kabul edilen hastalarda semptomlar şiddetlidir ve şiddet arttıkça yaşam kalitesi de daha fazla etkilenmektedir.

Yaş yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktördür. Yapılan bir çalışmada yaşlıların ve bekarların yaşam kalitesinin kötü olduğu,<sup>17</sup> başka bir çalışmada ise yaşın, yaşam kalitesinin fiziksel komponentlerini, fonksiyonel durumu, sosyal kısıtlılıkları belirlemede etkili olduğu bildirilirken, yüksek sosyoekonomik durumun ise yaşam kalitesini belirlemede etkili olduğu bildirilmektedir.<sup>18</sup> Çalışmada yaşlıların ve bekarların istatistiksel olarak anlamlı olarak anlamlı olarak yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görüldü. Bu sonuçlarda yaşın ilerlemesi ile birlikte fonksiyonel yeteneklerin azalmasının<sup>19</sup> ve bekarlarda sosyal desteğin yetersiz olmasının<sup>20</sup>

önemli rolü olduğu düşünülebilir. Çalışma durumu, sosyoekonomik ve fonksiyonel yeterliliğin bir göstergesi olarak düşünüldüğünde çalışmayanların yaşam kalitesinin daha kötü olması beklenen bir durumdur.

Kalp yetersizliği olan kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin farklı düzeylerde etkilendiği bildirilmektedir.<sup>21</sup> Bazı çalışmalarda kadınların,<sup>22,23</sup> bazı çalışmalarda ise erkeklerin<sup>24,25</sup> yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği vurgulanmaktadır. Çalışmamızda ise, kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğu görülmektedir.

Kalp yetersizliği hastalarında düşük eğitim düzeyinin anksiyete, sınırlanmış fiziksel fonksiyon ve artan hastaneye yatış oranları ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Barbareschi ve ark.nın yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında düşük eğitim düzeyine sahip hastaların yaşam kalitesinin, fiziksel ve fonksiyonel olarak kötü olduğu bildirilmektedir.<sup>26</sup> Çalışmada eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi incelendiğinde genel yaşam kalitesi ve emosyonel boyutta anlamlı fark bulunmazken, fonksiyonel boyutta anlamlı fark görülmüştür. Çalışma sonuçları Barbareschi ve ark.nın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.<sup>26</sup>

Kalp yetersizliği hastalarında depresyon önemli bir sorundur ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>27</sup> Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastalarda depresyon ile fonksiyonel durum,<sup>28</sup> sık hastaneye yatış ve mortalitenin<sup>27</sup> ilişkili olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda tanı süresi uzun olanların emosyonel yaşam kalitesinin de daha kötü olması literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir. Emosyonel durumun kötü olması hastaların depresyona eğilimli olduklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Kalp yetersizliği hastalarında, hastaneye yatış sıklığı ile morbidite arasında ilişki vardır. Hastaların tekrarlayan hastane yatışları hastalığın komplikasyonlarına, başarısız yönetimine bağlı gelişebilmekte ve kötü prognozunun bir göstergesi olarak

bildirilmektedir.<sup>2,18,29</sup> Çalışmada hastaneye yatış sayısı fazla olanların ve başvurusu acile olanların yaşam kalitesinin daha kötü olması bu bilgileri desteklemektedir.

Bireyselleştirilmiş tuz ve sıvı kısıtlaması kalp yetersizliği hastalarında semptomları düzeltmekte ve susuzluk hissini, iştahı ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir.<sup>29</sup> Düşük sodyumlu diyetle uyumda engelleri hedefleyen girişimlerin yaşam kalitesini düzeltebileceği vurgulanmaktadır.<sup>30</sup> Benzer şekilde çalışma bulguları tuz kısıtlaması yapanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç tuz kısıtlamasının hastaları olumlu yönde etkilediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Kalp yetersizliği hastalarında, küçük ve büyük kas grupları ile yapılan egzersiz çalışmaları yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.<sup>15,31</sup> Çalışmada egzersiz yaptığını belirten hastaların yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyidir. Egzersiz fonksiyonel durumu iyileştirmekte ve hastaların kendilerini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır.<sup>24</sup> Çalışma bulgularında egzersiz yaptığını belirten bireylerin yaşam kalitesinin daha iyi olması bu bilgilerle örtüşmektedir.

Kalp yetersizliği hastalarında fonksiyonel durum bozuldukça yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.<sup>23,32</sup> Çalışmada fonksiyonel durumu kötü olan hastaların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görülmektedir. Fonksiyonel durumum kötüleşmesi ile hastalar hem fiziksel hem de psikolojik olarak kendilerini daha kötü hissetmekte ve böylece hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

Sonuç olarak kalp yetersizliği yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu etkilenme özellikle kadınlarda, hastaneye sık yatanlarda, egzersiz yapmayanlarda ve ileri boyutta kalp yetersizliği olanlarda daha fazla olmaktadır. Hastalığın yönetiminde başarılı sonuçlar elde edebilmek için yaşam kalitesi üzerinde etkili faktörlerin bilinmesi ve hemşirelik bakımında bu faktörlerin elimine edilmesine yönelik planlamanın yapılması yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Anguita Sánchez M, CrespoLeiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, MuñozGarcía J; PRICE Study Investigators. Prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. The PRICE Study. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61(10):1041-9.
2. Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopoulos V, Laskar S, Smith AL, Dunbar S, et al. Hospitalization epidemic in patients with heart failure: risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. *J Card Fail* 2011;17(1):54-75.
3. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiology of heart failure. *Rev Esp Cardiol* 2004;57(2):163-70.
4. Değertekin M, Erol C, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, et al. Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study. *Turk Kardiyol Dem Ars* 2012;40(4): 298-308.
5. Stephen SA. Fatigue in older adults with stable heart failure. *Heart Lung* 2008;37(2):122-31.
6. Hallas CN, Wray J, Andreou P, Banner NR. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart Lung* 2011;40(2): 111-21.
7. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *Eur J Heart Fail* 2005;7(4):572-82.
8. Peters-Klimm F, Kunz CU, Laux G, Szecsenyi J, Müller-Tasch T. Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2010;13(8):98.
9. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9<sup>th</sup> ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994. p.253-6.
10. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart Failure* 1987;198-209.
11. Zoghi M. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. *Klinik Gelişim* 2011;24(2):1-5.
12. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group. *Am Heart J* 1992;124(4):1017-25.
13. Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs* 2008;61(6):596-608.
14. Özdemir VA. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Rukiye Pinar), 2009.
15. Chrysohoou C, Tsitsinakis G, Vogiatzis I, Chrouveim E, Antoniou C, Tsiantilas A, et al. High intensity, interval exercise improves quality of life of patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *QJM* 2014;107(1):25-32.
16. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013;50(7):945-53.
17. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart Lung* 2006;35(1):3-8.
18. Peters-Klimm F, Kunz CU, Laux G, Szecsenyi J, Müller-Tasch T. Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:98.
19. Yaşlılıkta kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, 2007.
20. Strachan PH, Currie K, Harkness K, Spaling M, Clark AM. Context matters in HF self-care: A qualitative systematic review. *J Card Fail* 2014;20(6):448-455.
21. Riegel B, Moser DK, Carlson B, Deaton C, Armola R, Sethares K, et al. Gender differences in quality of life are minimal in patients with heart failure. *J Cardiac Failure* 2003;9(1):42-8.
22. Hou N, Chui MA, Eckert GJ, Oldridge NB, Murray MD, Bennett SJ. Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care* 2004;13(2):153-61.
23. Azevedo A, Bettencourt P, Alvelos M, Martins E, Abreu-Lima C, Hense HW, et al. Health-related quality of life and stages of heart failure. *Int J Cardiol* 2008;129(2):238-44.
24. 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.
25. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Consequences and predictors of depression in patients with chronic heart failure: implications for nursing care and future research. *Prog Cardiovasc Nurs* 2006;21(4):202-11.
26. Barbareschi G, Sanderman R, Leegte IL, van Veldhuisen DJ, Jaarsma T. Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *J Card Fail* 2011;17(1): 47-53.
27. Rustad JK, Stern TA, Hebert KA, Musselman DL. Diagnosis and treatment of depression in patients with congestive heart failure: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013;15(4).
28. Lossnitzer N, Wild B, Schultz JH, Frankenstein L, Haass M, Rauch B, et al. Potentially modifiable correlates of functional status in patients with chronic heart failure. *Int J Behav Med* 2014 Jan 15. [Epub ahead of print]
29. Philipson H, Ekman I, Forslund HB, Swedberg K, Schaufelberger M. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2013;15(11):1304-10.
30. Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, Dunbar SB, Chung ML, Moser DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014 Jan 15. [Epub ahead of print]
31. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Consequences and predictors of depression in patients with chronic heart failure: implications for nursing care and future research. *Prog Cardiovasc Nurs* 2006;21(4):202-11.
32. Iqbal J, Francis L, Reid J, Murray S, Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *Eur J Heart Fail* 2010;12(9):1002-8.