

Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi

Serbülent Salık¹ , Seyhan Çitlik Sarıtaş² 

¹Arapgir Ali Özge Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye

²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Özet

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

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

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

Sonuç: Hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluklarının orta düzeyde olduğu bulundu.

Anahtar sözcükler: Kalp yetersizliği, yaşam kalitesi, umutsuzluk

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

Abstract

Objective: In this study, we aimed to determine the level of hopelessness and quality of life in patients with heart failure.

Methods: This was a descriptive and relational study conducted between April 2018 and October 2019 and included 572 adult patients who consulted the cardiology service at the İnönü University Turgut Ozal Medical Hospital Cardiology Clinic and were diagnosed with heart failure at least 6 months ago. The sampling was made up of 188 patients determined using sampling method of the known universe. To reduce the error margin, it was completed with 283 patients. The Patient Identification Questionnaire Form, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), and Beck Hopelessness Scale (BHS) were used to collect the data. Statistical analysis of the data was performed using independent groups, t-tests, Mann-Whitney U Tests, analysis of variance, Kruksal-Wallis test, and correlation tests.

Results: The quality of life and level of hopelessness were observed to be moderate. Statistically, there was a significant disparity among the patients' MLHFQ score average, identifying characteristics (age, sex, marital status, education, occupation,

İletişim (Correspondence): Seyhan Çitlik Sarıtaş. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye
Telefon (Phone): +90 (530) 495 84 97 **E-Posta (E-mail):** seyhancitlik@hotmail.com

Başvuru Tarihi (Submitted Date): 01.09.2020 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 02.06.2021

©Copyright 2021 by Turkish Society of Cardiology - Available online at www.khd.tkd.org.tr

OPEN ACCESS This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



and income level), and disease characteristics (New York Heart Association [NYHA] classification, body mass index, time of disease diagnosis, number of stays in the hospital, and additional disease) ($p < 0.05$). There was statistically a considerable disparity among the patients' BHS score average, identifying characteristics (age, marital status, education, and occupation), and disease characteristics (NYHA classification, time of disease diagnosis, and number of stays in the hospital) ($p < 0.05$).

Conclusion: The patients' quality of life and level of hopelessness were found to be moderate.

Keywords: Heart failure, quality of life, nursing

Cite this article as: Salık S, Çitlik Sarıtaş S. Determination of Quality of Life and Hopelessness Levels in Patients with Heart Failure. Turk J Cardiovasc Nurs 2021;12(29):173-182

Kalp yetersizliği (KY) yüksek mortalite, sık hastane yatışı, birden fazla ilaç kullanımı ve değişen yaşam kalitesi ile yaşam etkileyen klinik bir sendromdur.^[1] Günümüzde farmakolojik ve teknolojik gelişmeler KY'li olan hastaların yaşam süresini artırmaktadır.^[2] Artan yaşam süresiyle beraber KY'nin insidans ve prevalansı yaşla paralel olarak ciddi bir artış göstermektedir.^[3]

Küresel olarak 26 milyondan fazla KY hastası olduğu ve bu sayının 2030'a kadar %25 oranında artacağı düşünülmektedir.^[4] Yetişkin KY hastasının Amerika'da 6.5 milyon, Türkiye'de 2.5-3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.^[5]

Kalp yetersizliğine bağlı ortaya çıkan semptomlar; kişilerde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede olumsuz etkilere sahiptir. Bunun sonucunda hastada psikososyal açıdan bozulmalara, yaşam kalitesinde azalmalara ve umutsuzluğa neden olmaktadır.^[6,7] KY'de aynı zamanda dispne, yorgunluk gibi belirtiler günlük fonksiyonel kapasiteyi etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır.^[8]

Umutsuzluk umudun tam tersi olarak geleceğe karşı karamsar bakmayı, yaşama adapte olmamayı ve sorunlarla baş edememeyi ifade etmektedir. Yapılan araştırmalara bakıldığında KY'li hastalarda umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.^[9,10] Uzun süre devam eden umutsuzluk halinin bireyin sağlık davranışlarında olumsuz yönelimlere neden olduğu gözlemlenmiştir.^[9,11]

KY hastalarında gelecekle ilgili duydukları endişe ve umutsuzluk hastanın belirli süreden sonra baş edememesi, buna bağlı olarakta günlük yaşamı, sosyal hayatı etkilediği ve hastanın yaşam kalitesini düşürdüğü görülmektedir. KY'de hasta; yaşam kalitesi seviyesini artırabilmek için depresyona ve umutsuzluğa neden olan faktörleri yönetebilmesi gerektiği belirlenmiştir.^[9,12]

Bunun sonucu olarak KY'li hastaların yaşam kalitelerini artırıp umutsuzluk düzeyini azaltmak için bireyin yaşam şeklinde değişikliklere giderek hastalıkla etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesi gerekmektedir.^[13] Hastaya bunu kazandırabilmek için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir. Hemşire hastanın umut düzeyini etkileyen

faktörleri gözlemlemeli, hastalıkla ilgili bilgi eksikliklerini gidermeli, hastanın ve ailesinin tedavilere uyum ve katılımını sağlamalıdır. Hasta ve ailesiyle olumlu bir iletişim kurulmalı ve hastanın korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanmalıdır.

Araştırmanın Amacı

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

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel olarak kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın evreni kardiyoloji kliniğine başvurarak tedavi gören ve en az 6 ay önce KY tanısı almış ve New York Kalp Birliği (NYHA) göre sınıflandırılan 572 yetişkin hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, kardiyoloji servis ve polikliniğinde tedavi gören iletişim problemi olmayan hastalar oluşturdu. Örnekleme, evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanarak 188 hasta belirlendi ($n=572$, $p=0.02$). Fakat araştırmadaki hata payını düşürmek amacıyla araştırma 283 hasta ile tamamlandı. Hastalar evrenden olasılıksız raslantısal örnekleme yöntemi ile seçildi.

Veriler, Türkiye'nin doğusunda bulunan bir devlet üniversite hastanesinin kardiyoloji servisinde yatan ve kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarla Nisan 2018-Ekim 2019 tarihleri arasında haftada 2 gün (salı-perşembe) mesai saatleri içerisinde toplandı. Verilerin toplanmasında hasta tanıtıcı anket formu, Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanıldı. Veriler; hasta odalarında, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Her bir görüşme 15-20 dakika sürdü.

Hasta Tanıtıcı Formu

Anket formunda, hastanın tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi) ve hastalıkla ilgili özelliklerini (NYHA sınıflaması, beden kitle indeksi, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve ek hastalık varlığı) sorgulayan 11 soru bulunmaktadır.

Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ)

Ölçek, Rector ve ark.^[14] tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 tarihinde Bakan ve Akyol^[15] tarafından yapılmıştır. Ölçek 0'dan (hayır/etki yok/en iyi puan), 5'e (çok fazla/ağır etkili/en kötü puan) kadar derecelendirilmiş ve 6'lı Likert ölçeği ile puanlaması yapılır. "Fiziksel durum" ve "emosyonel durum" olmak üzere 2 alt boyutu inceleyen ölçek toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte toplam alınacak puan 0-105 arasında değişmektedir. Ölçekte alınan düşük puan yüksek yaşam kalitesini gösterir. Ölçeğin alt boyutlarıyla beraber tümü için Cronbach's alfa değeri 0.70'in üzerindedir.^[15] Bu çalışmada ise Cronbach's alfa değeri; fiziksel durum için 0.90, emosyonel durum için 0.89, ölçek toplamı için 0.94 bulundu.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve ark.^[16] tarafından 1974 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durak ve Palabıyıköçlü^[17] tarafından 1994 yılında yapılmıştır. BUÖ bireyin geleceğe yönelik karamsarlık durumunu belirlemekte kullanılan bir ölçektir. Ölçek, geleceğe yönelik beklenti ve duyguları inceleyen 5 soru, motivasyon azalmasını inceleyen 8 soru ve kişinin geleceğe yönelik umut düzeyini inceleyen 7 soru olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçek yanıtlamasında; kişinin kendine uygun ifadelerle "evet", uymayan ifadelerle "hayır" şeklinde cevap vermesi istenmektedir. Bu ölçekteki 20 sorudan 11'nin yanıtı "evet", 9'nun yanıtı "hayır" dır. Ölçek değerlendirmesinde ise beklenen cevaplara 1 puan, beklenmeyen cevaplara 0 puan verilmektedir. Ölçekte toplamda 0-20 arasında bir puan elde edilmektedir. Alınan toplam puanın yüksek olması bireyin umutsuzluk seviyesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik Cronbach's alpha değeri 0.85 olarak saptanmıştır.^[17] Bu çalışmada ise Cronbach's alpha değeri 0.71 bulunmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler; Yaşam kalitesi düzeyi, umutsuzluk düzeyi

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

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verileri SPSS 22.0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences, Corp., Armonk, NY, ABD) istatistik programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik kullanıldı. Ölçeklerden elde edilen puanlar ile tanıttıcı özellikler ve hastalık durumlarıyla karşılaştırmada bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, ANOVA, Kruskal Wallis ve Tukey analizleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Tarih: 24 Nisan 2018, Karar no: 2018/9-10) etik izin, araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili üniversitenin başhekimliğinden yazılı izin (68636013-770) alındı. Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapıldığı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve bilgilerinin gizli tutulacağı açıklanarak sözlü izinleri alındı.

Bulgular

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

Araştırma kapsamındaki 61 yaş ve üstü hastaların, kadınların, evlilerin, okuryazar olmayanların, emeklilerin, geliri giderinden az olanların, NYHA sınıf IV'lerin aşırı şişmanların, hastalık teşhis süresi 25 ay ve üstü olan hastaların, hastaneye yatış sayısı 8 ve üstü olanların, ilave hastalıkları var olanlarda MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Gruplar arası farkın toplamda istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.001$, $p < 0.05$, Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki hastaların 61 yaş ve üstü olanların, kadınların, evlilerin, okuryazar olmayanların, işçilerin, Sınıf

Tablo 1. Hastaların MLHFQ ve BUÖ ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=283)

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

SD: Standart Sapma

Tablo 2. Hastaların tanımlayıcı ve hastalık özellikleri ile MLHFQ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=283)

		Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği				
		n	%	Fiziksel $\bar{X} \pm SD$	Emosyonel X $\bar{X} \pm SD$	Toplam $\bar{X} \pm SD$
Yaş	18-39 yaş	37	13.1	10.08±7.17	7.05±5.29	25.91±18.14
	40-60 yaş	119	42.0	23.01±7.42	12.42±5.91	56.73±17.04
	61 yaş ve üstü	127	44.9	26.14±7.96	14.92±6.05	65.33±18.94
	Test			F: 63.415	F: 25.954	F: 68.218
Cinsiyet	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.000**	p=0.000**
	Kadın	157	55.5	23.49±8.51	13.69±5.89	58.77±19.71
	Erkek	126	44.5	21.77±9.89	11.77±6.86	53.81±24.26
	Test			t: 1.56	t: 2.52	t: 1.89
Medeni Durum	Anlamlılık			p=0.11	p=0.01*	p=0.05*
	Evli	218	77.0	23.47±8.68	13.05±6.12	58.26±20.38
	Bekar	65	23.0	20.23±10.34	12.12±7.27	50.87±25.92
	Test			t: 2.52	t: 1.03	t: 2.40
Eğitim Durumu	Anlamlılık			p=0.01*	p=0.30	p=0.01*
	Okuryazar değil	31	11.0	28.12±5.35	15.58±5.73	68.96±14.60
	Okur yazar	35	12.4	26.17±7.03	15.05±4.72	65.31±15.72
	İlkokul	73	25.8	24.61±7.64	12.98±6.26	60.23±18.50
	Ortaokul	44	15.5	22.38±8.64	13.31±5.98	57.43±19.41
	Lise ve üstü	100	35.3	18.62±10.31	10.90±6.86	46.60±24.99
	Test			F: 11.100	F: 5.112	F: 10.877
Meslek	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.001**	p=0.000**
	Ev hanımı	105	37.1	24.14±8.33	13.58±5.62	59.59±18.64
	İşçi	27	9.5	22.62±7.09	12.11±5.61	56.22±17.08
	Memur	48	17.0	16.50±9.89	10.62±6.91	42.93±25.39
	Emekli	71	25.1	25.73±8.31	14.92±6.15	64.73±19.61
	Serbest meslek	15	5.3	24.40±8.79	11.20±6.95	56.80±20.37
	Diğer	17	6.0	17.70±9.74	8.41±7.48	42.58±26.44
	Test			F: 8.571	F: 5.190	F: 8.423
Gelir Durumu	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.000**	p=0.000**
	Gelir giderden fazla	32	11.3	20.53±9.56	13.40±6.18	51.84±22.51
	Gelir gidere denk	182	64.3	22.02±9.17	12.18±6.44	54.91±22.02
	Gelir giderden az	69	24.4	25.60±8.45	14.31±6.20	63.10±20.36
	Test			F: 4.990	F: 2.967	F: 4.415
NYHA	Anlamlılık			p=0.007*	p=0.053	p=0.013*
	Sınıf II	115	40.6	16.00±8.19	9.60±5.92	41.40±20.27
	Sınıf III	118	41.7	26.02±6.64	13.89±5.74	62.93±15.77
	Sınıf IV	50	17.7	30.42±5.49	17.80±4.83	76.40±13.60
	Test			F: 92.390	F: 39.959	F: 83.749
	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.000**	p=0.000**

Tablo 2. Hastaların tanımlayıcı ve hastalık özellikleri ile MLHFQ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=283) (Devamı)

		Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği				
		n	%	Fiziksel $\bar{X} \pm SD$	Emosyonel X $\bar{X} \pm SD$	Toplam $\bar{X} \pm SD$
BKİ	Zayıf	13	4.6	17.38±9.02	11.00±5.38	42.38±20.72
	Normal	146	51.6	20.80±8.96	13.17±6.28	54.17±22.22
	Fazla kilolu	85	30.0	24.65±8.26	12.10±6.53	59.10±20.00
	Obez	31	11.0	26.06±9.87	13.38±7.26	62.25±24.20
	Aşırı şişman	8	2.8	33.12±2.10	15.37±4.86	74.25±8.03
	Test			F: 7.953	F: 1.019	F: 4.063
	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.398	p=0.003*
Hastalık Teşhis Süresi	6-12 ay	110	38.9	17.31±8.79	9.76±6.14	43.60±21.17
	13-24 ay	82	29.0	25.35±7.40	15.48±5.29	64.37±17.35
	25 ay ve üstü	91	32.1	26.90±7.83	14.17±6.14	65.18±18.97
	Test			F: 40.870	F: 25.421	F: 40.053
	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.000**	p=0.000**
Yatış Sayısı	2-4 kez	115	54.8	18.93±8.71	10.79±6.36	47.15±20.54
	5-7 kez	83	29.3	25.44±7.68	14.62±5.77	63.86±18.48
	8 ve üstü	45	15.9	30.77±5.79	16.60±4.87	75.51±13.93
	Test			F: 44.779	F: 21.656	F: 47.266
	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.000**	p=0.000**
İlave Hastalık	Var	153	54.1	25.71±8.17	14.46±5.84	63.83±18.74
	Yok	130	45.9	19.21±9.07	10.93±6.52	48.00±22.42
	Test			t: 6.33	t: 4.80	t: 6.46
	Anlamlılık			p=0.000**	p=0.000**	p=0.000**

*p<0.05 **p<0.001. SD: Standart Sapma

İll'lerin, hastalık teşhis süresi 25 ay ve üstü olanların, hastaneye yatış sayısı 5-7 kez olanların BUÖ'ne göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.001$, $p<0.05$, Tablo 3).

Araştırmaya katılan hastalardan geliri giderinden az olanların, fazla kiloluların, ilave hastalıkları var olanların BUÖ puan ortalamasının fazla olduğu tespit edildi. Fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz saptandı ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tartışma

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

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşam kalitelerinin puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptandı (56.56±21.95). Son ve arkadaşlarının yaşlı KY'li hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek için yap-

tıkları araştırmanın sonucuna göre yaşam kalitesi orta seviyede olduğu belirlenmiştir.^[18] Yapılan diğer çalışmalarda da araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur.^[19,20] Başka bir çalışmada yaşam kalitesi düzeyi daha düşük çıkmıştır.^[21] Saccoman'ın yaşlı KY'li hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek için yaptığı araştırmanın sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi yüksek çıkmıştır.^[22] Hastaların KY hastalığına bağlı semptomlardan dolayı fiziksel aktivite kapasitesi azalır, yaşamsal fonksiyonları yerine getirmekte zorluk yaşar ve bunun sonucunda yaşam kalitesi düşebilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşları ilerledikçe yaşam kalitelerinin düştüğü saptandı (Tablo 2). Küçükberber ve ark.^[23] kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi başlıklı araştırmanın sonucu araştırmamıza benzer bir sonuç göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur.^[24,25] Hastalar yaşlandıkça fiziksel fonksiyonlarını yerine getirebilme enerjilerinin

Tablo 3. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=283)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%	Beck Umutsuzluk $\bar{X} \pm SD$	Test	Anlamlılık
Yaş					
18-39 yaş	37	13.1	8.18±4.66	F: 6.793	p=0.001**
40-60 yaş	119	42.0	9.83±3.40		
61 yaş ve üstü	127	44.9	10.76±3.92		
Cinsiyet					
Kadın	157	55.5	10.39±3.88	t: 1.73	p=0.08
Erkek	126	44.5	9.58±3.88		
Medeni Durum					
Evli	218	77.0	10.35±3.93	t: 2.57	p=0.01*
Bekar	65	23.0	8.95±3.61		
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	31	11.0	12.12±3.35	F: 3.131	p=0.01*
Okur yazar	35	12.4	10.25±3.72		
İlkokul	73	25.8	9.49±3.68		
Ortaokul	44	15.5	10.34±3.38		
Lise ve üstü	100	35.3	9.57±4.29		
Meslek					
Ev hanımı	105	37.1	10.06±3.94	F: 2.687	p=0.02*
İşçi	27	9.5	11.14±2.82		
Memur	48	17.0	8.75±3.84		
Emekli	71	25.1	10.78±3.90		
Serbest meslek	15	5.3	10.20±2.56		
Diğer	17	6.0	8.41±5.06		
Gelir Durumu					
Gelir giderden fazla	32	11.3	9.59±4.07	F: 0.663	p=0.51
Gelir gidere denk	182	64.3	9.95±4.04		
Gelir giderden az	69	24.4	10.46±3.40		
NYHA Sınıflaması					
Sınıf II	115	40.6	8.74±3.76	F: 11.343	p=0.000**
Sınıf III	118	41.7	10.94±3.94		
Sınıf IV	50	17.7	10.86±3.28		
Beden Kitle İndeksi					
Zayıf	13	4.6	10.07±4.11	F: 0.427	p=0.78
Normal	146	51.6	9.86±3.81		
Fazla kilolu	85	30.0	10.40±4.15		
Obez	31	11.0	10.09±3.83		
Aşırı şişman	8	2.8	8.87±2.85		
Hastalık Teşhis Süresi					
6-12 ay	110	38.9	8.97±4.25	F: 7.214	p=0.001**
13-24 ay	82	29.0	10.50±3.20		
25 ay ve üzeri	91	32.1	10.90±3.75		
Yatış Sayısı					
2-4 kez	115	54.8	9.20±3.86	F: 8.682	p=0.000**
5-7 kez	83	29.3	11.26±3.78		
8 ve üzeri	45	15.9	10.64±3.57		
İlave Hastalık					
Var	153	54.1	10.41±3.71	t: 1.76	p=0.07
Yok	130	45.9	9.59±4.07		

*p<0.05 **p<0.001. SD: Standart Sapma

azalması sonucu yaşamdan alacakları doyumun azalacağı düşünülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların MLHFQ emosyonel alt boyutu ve toplam puanları da daha yüksek saptanmış olup yaşam kaliteleri erkeklere göre daha düşük olduğu saptandı. Fiziksel fonksiyon olarak yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere oranla daha düşük olduğu saptandı fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu görüldü (Tablo 2). Literatürde yapılan çalışmalarda araştırmamıza benzer sonuçlar vermektedir.^[18,26] Kadınların çalışma hayatına ve sosyal yaşama katılımlarının daha kısıtlı olmasından dolayı yaşam kalitelerinin azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda evli olan hastaların MLHFQ fiziksel alt boyutunda ve toplamda bekarlardan daha yüksek puan aldıkları ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı. Yaşam kalitesinin emosyonel olarak evlilerde daha yüksek puan olmasına rağmen istatistiksel olarak önemli olmadığı görüldü (Tablo 2). Yapılan bazı çalışmalar araştırmamıza uyumsuz sonuçlar vermekte ve evlilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.^[23,27] Araştırmaya katılan kişilerin anne, baba, eş gibi rolleri ön plana çıkmış ve kişinin sorumluluklarını yerine getirirken kendi yaşam doyumunu geri plana koymasından dolayı yaşam kalitesinin evlilerde düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe yaşam kalitelerinin yükseldiği saptandı (Tablo 2). Literatürdeki araştırmalar çalışmamıza uyumlu sonuçlar göstermektedir.^[23,28] Hastanın eğitim seviyesi yükseldikçe daha donanımlı olmasından dolayı dış etkenlerden daha az etkilenir ve yaşam kalitesi daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan emekli hastaların yaşam kalitesi daha düşük tespit edilmiştir (Tablo 2). Özer ve Argon'un^[29] kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi başlıklı araştırmaya göre çalışanların yaşam kalitesi daha iyi çalışmayanların (emekli, ev hanımı) ise daha kötü çıkmıştır. Çalışan kişilerin sürekli olarak fonksiyonel kapasitesini kullanması ve çalışmanın manevi destek vermesinden dolayı yaşam kalitesi daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan hastalardan geliri giderinden düşük olanların MLHFQ fiziksel alt boyutunda ve toplamda puanı daha yüksek bulunup ve yaşam kaliteleri daha düşük olduğu saptandı. Geliri düşük olanların emosyonel olarak puanları yüksek olsa da istatistiksel olarak önemsiz bulundu. Yapılan bazı çalışmalar araştırmamıza benzer sonuçlar vermiştir.^[23,30] KY hastalarının fonksiyonel olarak yetersiz olmalarından dolayı yetersiz olan ekonomik durumlarını iyileştirememeleri yaşam kalitelerini düşüreceği düşünülmektedir.

Hastaların NYHA sınıflaması kötüleştikçe yaşam kalitelerinin de kötüleştiği görüldü (Tablo 2). Yapılan bir çalışmada NYHA sınıflaması kötüleştikçe yaşam kalitesinin de kötüleştiği görülmektedir.^[21] Literatürdeki başka çalışmalarda araştırmamız gibi NYHA sınıflaması kötüleştikçe yaşam

kalitesinin düştüğü görülmüştür.^[20,23] Çalışmamızdaki sonuç literatürdeki bu çalışmalara uyumlu olmakla beraber bir Özer ve Argon'un^[29] kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi başlıklı araştırma sonucu ile farklılık göstermiştir. Özer ve Argon^[29] araştırmada kalp yetersizlikli hastalarda NYHA sınıflaması yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiğini bulmuşlardır. NYHA sınıflaması ilerlemesi ile birlikte hastanın yaşadığı semptomlar ağırlaşması ve fonksiyonel kapasitenin daha da düşmesi yetersiz öz bakım ve kişiler arası iletişimden dolayı yaşam kalitesi azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmadaki hastaların beden kitle indeksi yüksek olanların MLHFQ fiziksel ve toplamda daha yüksek puan aldıkları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı. Yüksek BKİ'li hastaların emosyonel alt boyutta yaşam kaliteleri düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 2). Yapılan araştırmalarda sağlıksız fazla kilonun yaşam kalitesinde olumsuz etkisi görülmüştür.^[30-32] Literatürdeki bazı çalışmalarda ise BKİ ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel ilişki olmadığını göstermektedir.^[33,34] Araştırma sonucuna göre hastalarda kilo alımı fonksiyonel kapasitede azalmaya yol açması ve semptomların daha ağır seyretmesine bununda yaşam kalitesini azaltacağı düşünülebilir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık teşhis süreleri ne kadar uzun ise yaşam kaliteleri o kadar düşük olduğu saptandı (Tablo 2). Fakat hastaların emosyonel olarak yaşam kaliteleri, teşhis süresi 12-24 ay arası olanların 25 ay ve üstü olanlardan daha düşük çıktı. Yapılan çalışmalarda ise hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır.^[20,35] Bunun sebebi olarak hastaların KY tanısının geç konulması ve ilerlemiş evrede bu hastalığı öğrenmesi ve zaman geçtikçe hastalıkla baş etmeyi öğrenmesi gösterilebilir.

Araştırma sonucu hastaların hastaneye yatış sayıları ile yaşam kaliteleri arasında negatif bir ilişki olduğu saptandı. Hastaneye yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesinde düşüş yaşanmaktadır (Tablo 2). Zengin ve ark.^[31] kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi başlıklı araştırmalarında KY sebebiyle hastaneye yeniden yatış sayısı arttıkça hastanın yaşam kalitesinde düşüş yaşandığını gözlemlemişlerdir. Literatürdeki bazı çalışmalarda araştırmamızla benzer sonuçlar bulmuşlardır.^[35,36] Çalışmamızın sonucuna göre tedavi için yeniden yatış sayısının artışı, hastanın maddi manevi durumunda olumsuz etkiler yaratacak ve dolayısıyla yaşam kalitesinde düşüşe yol açacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucu hastaların KY'ye ilave bir hastalığının varlığı yaşam kalitesinde düşüklüğe yol açtığı saptandı (Tablo 2). Literatürdeki çalışmalarda mevcut hastalık haricinde

ilave sekonder bir hastalığın hastanın yaşam kalitesinde daha fazla düşüşe yol açtığı gözlemlenmiştir.^[23,24] Mevcut hastalığın üstüne sekonder hastalığın varlığı hastalarda yaşadığı semptomların artışına dolayısıyla yaşam kalitesinde düşüşe yol açacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların BUÖ puan ortalamasının orta seviyede olduğu saptandı. BUÖ alınan yüksek puan yüksek düzeyde umutsuzluk belirtisi olup çalışmamızda KY hastalarının orta düzey umutsuzluk seviyeleri olduğu tespit edildi (Tablo 1). Yapılan çalışmalar araştırmamıza benzer sonuçlar göstermektedir.^[9,37] Eslami ve ark.^[38] konjenital kalp hastalıklı yetişkin hastalarda umutsuzluk başlıklı araştırmalarında hastaların %28'i yüksek düzeyde umutsuzluk yaşadığı gözlenmiştir. KY hastalarının iyileşmenin gecikmesi ve ölüm korkusunun artması, sürekli semptomlarla yaşaması ve hastalığın tümünden hayatı etkilemesine bağlı olarak umutsuzluk yaşamaktadır. Tedavi süresinin uzun, prognoz belirsiz olması hastalarda umutsuzluğa yol açacağı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşları ilerledikçe umutsuzluk düzeylerinin arttığı saptandı (Tablo 3). Literatürdeki çalışmalarda da KY hastalarının yaşı ilerledikçe umutsuzluk düzeylerinin yükseldiği bulunmuştur.^[38-40] Yaş ilerledikçe bu hastalıktan kurtulamayacaklarını anlayarak umutsuzluk yaşayabilecekleri düşünülebilir. Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalite puanlamaları erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmış fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu görüldü (Tablo 3). Araştırma sonucumuzdan farklı olarak yapılan araştırmada kadınlarda umutsuzluk düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.^[38] Bunun kaynağının kadınların ekonomik özgürlükleri daha kısıtlı, ev içine sınırlandırılmış, sosyal yaşamının kısıtlı olması olarak düşünülmektedir. Araştırmamızda evli olan hastaların umutsuzluk düzeylerinin daha kötü olduğu saptandı (Tablo 3). Yapılan çalışmada da medeni durum ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel ilişki bulunmamıştır.^[9] Eşlerin birbirlerinin hastalık semptomlarının artmasıyla iyileşme umutları azaltmakta ve umutsuzluk yaşayabilecekleri düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe umutsuzluk düzeyleri düşmekte ve umut seviyeleri yükseldiği saptandı (Tablo 3). Literatürdeki çalışmalar araştırmamıza uyumlu sonuçlar göstermektedir.^[41-43] Hastanın eğitim seviyesi yükseldikçe baş etme davranışları olumlu etkilenir ve umutsuzluk düzeylerinde azalma olacağı düşünülmektedir. Araştırmaya katılan işçi hastaların umutsuzluk düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 3). Yapılan araştırmalarda çalışan kişilerde umutsuzluk düzeyi düşük çalışmayan kişilerde umutsuzluk düzeyi yüksek çıkmaktadır.^[39,41] Çalışmaya katılan hastalardan geliri giderinden düşük olanların umutsuzluk düzeyi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş fakat gelir düzeyi ile umutsuzluk düzeyi

arasında istatistiksel olarak bir önem saptanmadı (Tablo 3). Literatürdeki araştırmalarda gelir düzeyinin artışı ile umutsuzluğun azaldığı görülmüştür.^[39,41] Bu farklılığın sebebi hastaların sosyo-demografik farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların NYHA sınıflaması kötüleştikçe umutsuzluk düzeylerinin kötüleştiği görülmekle beraber en fazla umutsuzluk yaşayanlar sınıf III'dür (Tablo 3). NYHA sınıflaması ilerlemesi ile birlikte hastanın yaşadığı semptomlar ağırlaşması ve fonksiyonel kapasitenin daha da düşmesi, yatış olasılığının artması, motivasyonun azalması, yetersiz öz bakım ve yetersiz kişiler arası iletişimden dolayı umutsuzluk düzeyinde artış olduğu düşünülmektedir.

Araştırmadaki hastaların BKİ yüksek olanların umutsuzluk puan ortalamalarının daha düşük olduğu fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 3). Yapılan araştırmalarda sağlıklı fazla kilonun umutsuzluk seviyesini yükselttiği görülmüştür.^[44,45] Hastalarda kilo alımı fonksiyonel kapasitede azalmaya yol açması ve semptomların daha ağır seyretmesine bununda umutsuzluğun arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık teşhis süreleri ne kadar uzun ise umutsuzluk düzeyleri o kadar yüksek olduğu saptandı (Tablo 3). Arslantaş ve arkadaşlarının yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler başlıklı araştırmalarında hastalık süresinin uzunluğu umutsuzluk düzeyinde de yüksekliğe neden olduğunu belirlemişlerdir.^[39] Yapılan diğer bir çalışmada ise hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır.^[46] Hastalığın süresinin uzaması ile semptomların ağırlaşmasından dolayı umutsuzluğun artacağı düşünülebilir.

Araştırma sonucu hastaların hastaneye 5-7 kez yatışlarında en yüksek düzeyde umutsuzluğa sahip olduğu saptandı (Tablo 3). Yapılan bazı çalışmalarda hastaneye yeniden yatış sayısı artıkça umutsuzluk seviyesinin yükseldiği gözlemlenmiştir.^[9,46] Hastaneye yatış sayısındaki artma ile yaşama ümitlerini kaybederek umutsuzluk yaşadıkları düşünülebilir.

Araştırma sonucu hastaların KY'ye ilave bir hastalığının varlığında umutsuzluk puan ortalamasının yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 3). Literatürdeki çalışmalarda mevcut hastalık haricinde ilave sekonder bir hastalığın hastanın umutsuzluk düzeyinde daha fazla artışa yol açtığı gözlemlenmiştir.^[9,39] Bizim çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırmanın iki sınırlılığı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi araştırmanın tek merkezde yapılmasıdır. İkinci sınırlılık evrenden hasta seçiminin olasılıksız raslantısal ör-

nekleme yöntemiyle yapılmasıdır. Bundan dolayı araştırma sonuçları sadece bu gruptaki hastalara genellenebilir.

Sonuç

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

- Hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptandı.
- Hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi gibi tanıtıcı özelliklerinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu belirlendi.
- Hastaların; NYHA sınıflaması, beden kitle indeksi, hastalık teşhis süresi, hastaneye yeniden yatış sayısı ve ilave hastalık gibi hastalık özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği bulundu.
- Hastaların; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek gibi tanıtıcı özelliklerinin umutsuzluk düzeyleri üzerinde etkili olduğu fakat cinsiyetin ve gelir düzeyinin etkisi olmadığı belirlendi.
- Hastaların; NYHA sınıflaması, hastalık teşhis süresi, hastaneye yeniden yatış sayısı gibi hastalık özelliklerinin umutsuzluk düzeyini etkilediği beden kitle indeksi ve ilave hastalığın etkisi olmadığı belirlendi.

Elde edilen sonuçlara göre şu öneriler yapılabilir.

KY hastalarına semptom yönetimini içeren eğitim programlarının planlanması, hemşirelerin klinikteki hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik farkındalıklarını artırmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, farklı bölgelerde daha büyük örneklem grupları ile çalışmanın tekrarı önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı İnönü Üniversitesi'nden (Tarih: 24 Nisan 2018, Sayı: 2018/9-10) alınmıştır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık Katkıları: Konsept: S.Ç.S., S.S.; Dizayn: S.Ç.S., S.S.; Denetleme: S.Ç.S.; Kaynaklar: S.Ç.S., S.S.; Veri Toplama veya İşleme: S.S.; Analiz veya Yorumlama: S.Ç.S.; Literatür Arama: S.Ç.S., S.S.; Yazan: S.Ç.S., S.S.; Kritik değerlendirme: S.Ç.S.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Fon/Finans Kaynakları: Çalışmayı destekleyen herhangi bir finans kaynağı bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Sari I, Çavuşoğlu Y, Temizhan A, Yılmaz MB, Eren M. 2016 ESC and ACC/AHA/HFSA heart failure guideline updates: Changes, similarities, differences, and unresolved issues. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2016;44(8):625-36. [\[Crossref\]](#)
2. Bowers MT. Managing patients with heart failure. *J Nurse Pract* 2013;9(10):634-40. [\[Crossref\]](#)
3. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *Int J Cardiol* 2011;149(1):4-9. [\[Crossref\]](#)
4. DiNicolantonio JJ, Chatterjee S, O'Keefe JH. Dietary salt restriction in heart failure: Where is the evidence? *Prog Cardiovasc Dis* 2016;58(4):401-6. [\[Crossref\]](#)
5. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Educ Couns* 2018;101(3):363-74. [\[Crossref\]](#)
6. Zhang J, Hobkirk J, Carroll S, Pellicori P, Clark AI, Cleland JGF. Exploring quality of life in patients with and without heart failure. *Int J Cardiol* 2016;202:676-684. [\[Crossref\]](#)
7. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung* 2009;38(2):100-8. [\[Crossref\]](#)
8. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014;7(2):98-108.
9. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. *J Cardiovasc Nurs* 2016;7(13):114-26. [\[Crossref\]](#)
10. Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(2):154-64.
11. Conley S, Feder S, Redeker NS. The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. *Heart Lung* 2015;44(2):107-12. [\[Crossref\]](#)
12. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L. The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. *Depress Anxiety* 2008;25(9):730-6. [\[Crossref\]](#)
13. MacIver J, Wentlandt K, Ross HJ. Measuring quality of life in advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care* 2017;11(1):12-6. [\[Crossref\]](#)
14. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' selfassessment 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.
15. Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs* 2008;61(6):596-608. [\[Crossref\]](#)
16. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. *JAMA* 1975;234(11):1146-9. [\[Crossref\]](#)
17. Durak A, Palabıyıklıoğlu R. Beck umutsuzluk ölçeği: geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi* 1993;2(2):311-9. [\[Crossref\]](#)
18. Son Y, Song Y, Nam S, Shin W, Lee S, Jin D. Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2012;27(6):528-38. [\[Crossref\]](#)
19. Barutçu CD, Mert H. The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure. *J Pak Med Assoc* 2013;63(4):463-7.
20. 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. [\[Crossref\]](#)

21. Çıtlık Sarıtaş S, Dural G. Effect of medication and dietary compliance on rehospitalization and the quality of life of patients with heart failure. *Florence Nightingale J Nurs* 2020;28(2):184-93. [\[Crossref\]](#)
22. Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Quality of life in older adults with heart failure: assessment with a specific instrument. *Acta Paul Enferm* 2011;24(2):179-84. [\[Crossref\]](#)
23. Küçükberber N, Özdemir K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011;11:619-26.
24. Stojanovic M, Stefanovic V. Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age and income. *Artif Organs* 2007;31(1):53-60. [\[Crossref\]](#)
25. Rebollo P, Ortega F, Batlar JM, Alvarez-Ude F, Alvarez Navascues R, Alvarez-Grande J. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients? *Nephrol Dial Transplant* 2001;16(8):1675-80. [\[Crossref\]](#)
26. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Applied Nursing Research* 2016;32:148-55. [\[Crossref\]](#)
27. Durmaz T, Özdemir Ö, Akyunak Özdemir B, Keleş T, Akar Bayram N, Bozkurt E. Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turk J Med Sci* 2009;39:1-8.
28. Westin L, Carlsson R, Erhardt L, Cantor-Graae E, McNeil T. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. A prospective controlled study. *Scand Cardiovasc J* 1999;33(3):160-5. [\[Crossref\]](#)
29. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;21(1):63-7.
30. Pala V, Sieri S, Masala G, Palli D, Panico S, Vineis P, et al. Associations between dietary pattern and lifestyle, anthropometry and other health indicators in the elderly participants of the EPICItaly cohort. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006;16(3):186-201. [\[Crossref\]](#)
31. Zengin N, Ören B, Yıldız H, Çil A. Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2012;16(2):41-9.
32. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;3(4):223-31.
33. Gönenç İ, Vural EZT, Kayataş K. Obezite ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014;5(3):83-7.
34. Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IS, Oh EG, Lee JH, Choi M, Cheon JY, Shim CY, Kang SM. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. *Jpn J Nurs Sci* 2014;11(1):54-64. [\[Crossref\]](#)
35. Çal A, Altay B. The quality of life and home care needs of patients treated for health failure. *Pak Heart J* 2017;50(01):13-20.
36. Naveiro-Riloa JC, Diez-Juárez DM, Blanco AR, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA. Validation of the minnesota living with heart failure questionnaire in primary care. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2010;63(12):1419-27. [\[Crossref\]](#)
37. Yılmaz EB, Ergun A. Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010;26(3):1-10.
38. Eslami B, Kovacs AH, Moons P, Abbasi K, Jackson JL. Hopelessness among adults with congenital heart disease: Cause for despair or hope? *Int J Cardiol* 2017;230:64-9. [\[Crossref\]](#)
39. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2010;18(2):87-97.
40. Erci B, Yılmaz D, Budak F. Yaşlı bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017;8(2):72-6.
41. Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2013;16:214-24.
42. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalıklarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(1):1-6.
43. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7(2):39-47.
44. Babayiğit Z, Alçalar N, Bahadır G. Obez kadınlarda tıkanırcaısına yeme bozukluğunun psikopatoloji ve bilişsel açıdan incelenmesi. *Türkiye Klinikleri* 2013;33(4):1077-8. [\[Crossref\]](#)
45. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Stawbridge WJ. Are the obese, at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000;152(2):163-70. [\[Crossref\]](#)
46. Fan H, Yu W, Zhang Q, Cao H, Li J, Wang J. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. *Prev Med* 2014;63:36-42. [\[Crossref\]](#)