

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA BİLGİ
DÜZEYLERİNİN, SOSYAL DESTEĞİN VE ÖZ
BAKIMIN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hüsniye KAYA

İstanbul

Ocak-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA BİLGİ
DÜZEYLERİNİN, SOSYAL DESTEĞİN VE ÖZ BAKIMIN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hüsniye KAYA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

İstanbul

Ocak- 2024

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER HEKİM

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Bilgi Düzeylerinin, Sosyal Desteğin ve Öz Bakımın İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Hüsniye KAYA

ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan değerli tez danışmanım hocam Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e,

Bilgi birikimi ve deneyimleriyle yolumuza daima ışık tutan ve mesleki olarak bizlere öncülük eden değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Hemşirelik alanında dersleriyle bize vizyon katan değerli hocamız Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Nebibe Özgür ERGÜL'e, Pınar SANCAKTUTAN'a, Kader Yeliz ASLAN'a, Arş. Gör. Duygu DOKUMACI'ya ve Yalçın KAYA'ya,

Eğer hayatta olsaydı benden daha çok sevineceğini düşündüğüm sevgili babam Zeki KAYA'ya,

Sabır ve motive edici tutumlarıyla beni destekleyen yeğenim Yasin Görkem ERDURAN'a,

Her zaman yanımda olan, bana destek veren ve her konuda fedakârlık gösteren sevgili annem Leyla KAYA ve ablam Songül KAYA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Hüsniye KAYA

İstanbul 2024

ÖZET

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN, SOSYAL DESTEĞİN VE ÖZ BAKIMIN İNCELENMESİ

Hüsniye KAYA

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Ocak- 2024, 100 Sayfa

Çalışma kalp yetersizliği olan hastalarda bilgi düzeylerinin, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesi amaçlanarak uygulanmıştır. Bu çalışma, betimleyici ve kesitsel bir yapıya sahiptir ve Şubat 2022 ile Temmuz 2023 arasında İstanbul'da bir devlet hastanesinin kardiyoloji kliniğine yatan ve kardiyoloji polikliniğine başvuran 401 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin elde edilmesinde Tanıtıcı Bilgi Formu, 'Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği (DKYBÖ)', 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)', 'Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi (KYÖBİ)' kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 53,01±12,27 yıl olup %60,6'sı erkek, %85,8'i evli, %38,2'si lise mezunu %59,4'ü herhangi bir işte çalışmıyor, %89,3'ünün geliri giderine denk ve %54,9'u eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların DKYBÖ'den aldıkları puan ortalaması 7,83±2,35'tir, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 58,57±10,97, KYÖBİ toplam puan ortalaması 41,94±17,05 tespit edilmiştir. Hastaların kalp yetersizliği ile ilgili bilgi düzeyi ve algıladıkları sosyal destekleri orta, KY öz bakım indeksinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Algılanan sosyal destek kalp yetersizliği bilgi ölçeği ve kalp yetersizliği öz bakım indeksi üzerinde olumlu etkiler göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetersizliği, Sosyal Destek, Öz Bakım, Bilgi, Hemşire.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF KNOWLEDGE LEVELS, SOCIAL SUPPORT AND SELF-CARE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Husniye KAYA

MSc, Medical Nursing

Thesis Advisor: Assist. Prof., Zülfünaz ÖZER

January - 2024, 100 Pages

The study was conducted to examine the knowledge levels, social support, and self-care of patients with heart failure. This study has a nutritional and cross-sectional structure and was conducted on 401 patients who were admitted to the cardiology clinic and cardiology inpatient treatment clinic of a public hospital in Istanbul between February 2022 and July 2023. To obtain the data, the Introductory Information Form, 'The Dutch Heart Failure Knowledge Scale (DHFKS)', 'The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)', and 'Heart Failure Self-Care Index (HFSCI)' were used. The average age of the participants is 53.01 ± 12.27 years, 60.6% are male, 85.8% are married, 38.2% are high school graduates, 59.4% are unemployed, 89.3% have equal income and expenses, 54.9% live with their spouse and children. The average score of the participants in DHFKS was 7.83 ± 2.35 , the total score average of MSPSS was 58.57 ± 10.97 , and the average total score of HFSCI was 41.94 ± 17.05 . It was determined that the knowledge level of the patient about heart failure and their perceived social support were moderate, and their HF self-care index was insufficient. Perceived social support shows positive effects on the heart failure knowledge scale and heart failure self-care index.

Keywords: Heart Failure, Social Support, Self-Care, Knowledge, Nurse.

İÇİNDEKİLER

| | |
|------------------------------|-----|
| TEZ ONAYI | i |
| BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ..... | ii |
| ÖN SÖZ..... | iii |
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar LİSTESİ..... | ix |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | x |
| KISALTMALAR LİSTESİ..... | xi |

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|-------------|---|
| GİRİŞ | 1 |
|-------------|---|

İKİNCİ BÖLÜM

| | |
|---|----|
| GENEL BİLGİLER..... | 4 |
| 2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı..... | 4 |
| 2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi..... | 5 |
| 2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri | 7 |
| 2.4. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi | 7 |
| 2.4.1. Frank – Starling Mekanizması | 8 |
| 2.4.2. Nörohormonal Adaptasyon | 8 |
| 2.4.3. Ventriküler Yeniden Şekillendirme | 9 |
| 2.5. Kalp Yetersizliği Sınıflandırmaları | 10 |
| 2.6. Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulguları | 11 |
| 2.7. Kalp Yetersizliği Tanısı | 13 |
| 2.8. Kalp Yetersizliği Tedavisi..... | 14 |
| 2.8.1. Kalp Yetersizliğinde Farmakolojik Tedavi | 14 |
| 2.8.1.1. ACE İnhibitörü..... | 14 |
| 2.8.1.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokeri | 15 |
| 2.8.1.3. Beta Blokerler | 15 |

| | |
|--|----|
| 2.8.1.4. Hidralazin/İsosorbid Dinitrat | 16 |
| 2.8.1.5. Diüretikler | 16 |
| 2.8.1.6. Dijital Grubu | 17 |
| 2.8.2. Kalp Yetersizliğinde Cihaz Tedavisi | 17 |
| 2.8.2.1. İmplant Edilebilen Cardioverter Defibrilatörler (ICD) | 18 |
| 2.8.2.2. Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi..... | 18 |
| 2.8.3. Kalp Yetersizliğinde Non-farmakolojik Tedavi | 19 |
| 2.8.3.1. Risk Faktörü Kontrolü | 19 |
| 2.8.3.2. Tuz Kısıtlaması | 20 |
| 2.8.3.3. Aşırı Sıvı Alımı | 20 |
| 2.8.3.4. Kilo Kontrolü | 21 |
| 2.8.3.5. Düzenli Egzersiz | 22 |
| 2.8.3.6. Bağışıklama..... | 22 |
| 2.8.3.7. Hasta ve Hasta Yakını Eğitimi..... | 23 |
| 2.9. Kalp Yetersizliği ve Öz Bakım | 24 |
| 2.10. Kalp Yetersizliğinde Sosyal Destek..... | 26 |
| 2.11.Kalp Yetersizliğinde Hemşirenin Rolü..... | 27 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|---|-----------|
| GEREÇ VE YÖNTEM..... | 30 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü | 30 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman..... | 30 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 30 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 31 |
| 3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu | 31 |
| 3.4.2. Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği | 31 |
| 3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | 32 |
| 3.4.4. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi | 32 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri | 33 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi | 33 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu | 33 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları | 34 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR..... 35

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA..... 53

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER..... 62

KAYNAKÇA..... 64

EKLER..... 74

ÖZGEÇMİŞ..... 87



TABLolar LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Tablo 2.1: Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması | 11 |
| Tablo 2.2: Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulgular | 12 |
| Tablo 2.3: Kalp Yetersizliği Ayırıcı Tanısında Kullanılan Framingham Kriterleri... 14 | |
| Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı | 35 |
| Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı | 36 |
| Tablo 4.3: Hastaların Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ölçüm Ortalamaları 37 | |
| Tablo 4.4: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması | 39 |
| Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özellikleri ile Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması | 42 |
| Tablo 4.6: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular | 44 |
| Tablo 4.7: Hastaların Hastalık Özellikleri ile Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular | 45 |
| Tablo 4.8: Hastaların Yaş, Kalp Yetersizliği Tanı Süresi, Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatış Sayısı, Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek ve Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi ile ilgili Korelasyon Analizi Bulguları | 47 |
| Tablo 4.9: Bağımsız Değişkenler ile Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları | 50 |
| Tablo 4.10: Bağımsız Değişkenler ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteği Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları | 52 |
| Tablo 4.11: Bağımsız Değişkenler ile Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları | 54 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|---|---|
| Şekil 2.1: Türkiye İstatistik Kurumu 2022 Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri..... | 6 |
| Şekil 2.2: Türkiye İstatistik Kurumu 2022 Dolaşım Sistemi Hastalıkları Kaynaklı Ölüm İstatistikleri | 6 |



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACC: Amerikan Kardiyoloji Koleji

ACE: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

ACEİ: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor-Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü

AHA: American Heart Association / Amerikan Kalp Birliği

ARB: Angiotensin Receptor Blocker-Anjiyotensin Reseptör Blokörü

ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri

CRT: Cardiac Resynchronization Therapy-Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DKYBÖ: Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği

EF: Ejeksiyon Fraksiyonu

ESC: European Society of Cardiology / Avrupa Kalp Derneği

HAPPY: Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey / Türkiye’de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Göstergeleri

ICD: Implantable Cardioverter Defibrillator-İmlante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KY: Kalp Yetersizliği

KYÖBİ: Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi

LV: Left Ventricle-Sol Ventrikül

NYHA: New York Kalp Derneği'nin Sınıflandırma Sistemi

PND: Paroksizmal Nokturnal Dispne

RAAS: Renin- Anjiyotensin- Aldesteron Sistemi

SPSS: (Statistic Packets For Social Sciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi

TNF: Tümör Nekroz Faktörü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kalp yetersizliği (KY) yapı olarak ya da fonksiyonel açıdan görülen kalple ilgili anormallikler, kardiyak outputta düşme ve artan intrakardiyak basınç nedeniyle kalbin dokularının metabolik gereksinimini karşılaması gereken kanı yeterince perifere pompalayamaması durumudur (Akdemir ve Canlı Özer, 2021). Koroner arter hastalığı (miyokardiyal infarktüs, iskemî) başta olmak üzere kapak hastalıkları, hipertansiyon, aritmiler ve ileti bozuklukları, kardiyomiyopatiler, yüksek debi (gebelik, Paget's hastalığı), alkol ve ilaçlar, endokrin hastalıklar (diyabet, hiper-hipotroidi), konjenital kalp hastalıkları, pulmoner hipertansiyon, perikardiyal hastalık, genetik bozukluklar ve diğer nedenler (beslenme ve infeksiyöz) KY gelişmesinde rol oynayan risk etmenlerinden oluşmaktadır (Enç ve Türen, 2019).

Türkiye'de 35 yaş üstünde kalp yetersizliğine sahip bireylerin oranı %2,9'un üzerindedir ve kalp yetersizliği yaşı ortalama 60'tır. KY tanılı bireylerde yıllık ölüm oranı %8-12'dir (Alkan ve Nural, 2017). Türkiye'de yapılan Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey (HAPPY) araştırma bulgusuna göre iki milyonun üzerinde kalp yetmezliği ile yaşayan kişi bulunmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022). 2012 senesinden 2030'a kadar kalp yetmezliğinde hemen hemen %46'lık yükseliş görülebileceğini; 2030 senesinde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 18 yaş ve üstü 8 milyonun üzerinde bireyde (2011 senesinde 5,8 milyon bireyde mevcut) KY gözleneceğini öngörmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022).

Kalp yetersizliği, sol ventrikül pompalama yetersizliği, sağ ventrikül pompalama yetersizliği, akciğerlerde sıvı birikimi ve genel venöz dolulukla ilişkili belirtiler ve bulguların yanı sıra her iki ventrikül tarafında görülen KY'ye ait belirtilerin de gözlemlenebileceği bir durumdur (Mert ve Bilik, 2020). KY tanısı nefes darlığı, egzersiz sırasında dayanıksızlık, öne eğilmeyle solunum sıkıntısının artması, geceleyin görülen kuru öksürük, iştah kaybı, yatarken nefes darlığı, enerji eksikliği, yorgunluk gibi belirtilerin yanı sıra jugüler venöz basınçta artış, periferik ödem, hırıltı, hızlanmış kalp atışı, akciğerlerde raller, kilo kaybı gibi fiziksel muayene bulguları ve natriüretik peptit düzeyinde artış, ekokardiyografi sonuçları, üfürüm, üçüncü kalp sesinin

duyulması, kalbin büyümesi v.b fonksiyonel ve yapısal bozukluklara ilişkin bulguların olması ile ilişkilidir (Bakan, 2019).

Kalp yetersizliği, akut dekompanse KY alevlenmelerini önlemek için planlanan ilaçlarla ve yaşam şekli değişiklikleri ile yönetilen, ilerleyici, yaşam boyu süren bir süreçtir (Mert ve Bilik, 2020). Hastalar hastalığın ortaya çıkardığı fiziksel sorunların yanı sıra kontrol gücü ve üretme yeteneğinin kaybı, belirsiz durumlar, ekonomik süreçlerde değişim, ölüm anksiyetesi, aile içi iletişim ve sosyal ortamın değişikliği, hayat planındaki değişiklik gibi durumlar yaşamaktadır (Gülbahar ve Metin, 2020). Popülasyonun geneline bakıldığında KY'li hastaları ölüm açısından 6-9 kat daha risklidir. Hastalığın oluşturduğu yük ve ölüm oranının önlenmesi evrensel bir sağlık önceliği haline gelmelidir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022). Bundan ötürü KY, hastanın bilgi edinmesini, yaşam planını değiştirmesini, planladığı bakımında aktif rol almasını sağlayan bir süreçtir (Kasapoğlu ve Enç, 2017). KY, süregelen bir hastalık olduğundan dolayı hastaların kendi hastalıkları hakkında bilgili olmaları hem tedaviye uyumunu hem de hastalık yönetimi üzerinde etkili olmaları gerekmektedir (Çaylan ve Otağ, 2020).

Tedavisi sürekli olan KY'de hastalar karmaşık tedavi süreçlerini yönetebilme, sodyumun az miktarda kullanıldığı diyetleri uygulayabilme, nefes darlığı gibi KY belirtilerini anlayabilme ve etkili girişimleri yapabilme gibi öz bakım davranışlarına uymak durumunda kalırlar (Kasapoğlu ve Enç, 2017). Öz bakım, belirtilerin izlenmesi ve oluşan yanıtlara uygun davranılması, tedaviye uyum gibi davranışlarla ilgili rutin kullanılan karar verebilme süreçlerini içerir (Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu, 2022). Avrupa Kalp Derneği (European Society of Cardiology / ESC) rehberinde belirtildiğine göre; KY'de öz bakım, tedavinin başarılı olabilmesi için önemlidir ve kişilerde görülen belirti, genel durum, morbidite ve hastalığın ilerleyişi üzerinde etkilidir (Alkan ve Nural, 2017).

Kronik hastalıkların yönetimi, bireyin tedavisinin yanı sıra öz yönetimini sağlayabilmesi için eğitim ve öğretim programlarının planlanması ve uygulanmasını kapsayan bir süreçtir. Hastalığın öz yönetiminin etkili olması ve sürdürülebilmesi durumunda, bireyin yaşam kalitesi artmakla birlikte, hastaneye başvuru ve yatış oranları düşmekte, hastalığın belirtileri ve psikolojik etkileri azalmakta ve hastanın başkasına bağımlılığı önlenmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017). Kronik bir hastalığa

sahip olan kişilerin bu süreçte aile, sosyal çevre ve hemşirelerin desteklemeleri ile hastalıklarının belirtilerini tanıyabilmesi, tedavileri takip edebilmesi ve hastalığın getirdiği yaşam değişikliklerine uyumlanabilmesi beklenmektedir (Şentürk, 2020). Multidisipliner ekibin lideri hemşireler eşliğinde oluşturulan eğitim programlarının KY tanısı olan kişilerin hastalık öz yönetim süreçlerini olumlu etkilediği, yaşam kalitelerini arttırdığı ve hastalığa bağlı hastane yatışlarını azalttığı belirtilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu, 2022). Günümüzde toplumsal açıdan önem arz eden kronik hastalıkların yönetilmesi için sadece tedavi ve eğitim yeterli değildir. Kişilere hastalıklarının sorumluluklarını verip diğer sağlık hizmetleri ile entegrasyon yapan öz bakım hedefleri kronik hastalıkların belirtilerinin yönetimi açısından önemlidir (Şentürk, 2020). Bu nedenle toplumda KY olan birey sayısının günden güne artmasına bağlı olarak, hastalarda bilgi düzeyi, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesi önem arz etmektedir. Bu araştırma ile KY olan hastalarda bilgi düzeyleri, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesi hedeflenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı

Kalp yetersizliği (KY) yapı olarak ya da fonksiyonel açıdan görülen kalple ilgili anormallikler, kardiyak outputta düşme ve artan intrakardiyak basınç nedeniyle kalbin dokularının metabolik gereksinimini karşılaması gereken kanı yeterince periferik pompalayamaması durumudur (Akdemir ve Canlı Özer, 2021). ESC 2016 kılavuzundan aktarıldığına göre KY, fonksiyonel ve/veya yapısal açıdan kardiyak anormalliklerin sebep olduğu hareket veya dinlenme durumunda görülen kalp debisinin düşmesi ve/veya yükselmiş kardiyak basınçla ilgili olan, özgül semptomların görüldüğü (dispne, halsizlik, ayak bileği ödemi v.b) ve bulgularla (artmış juguler venöz basınç, akciğerde raller v.b) öne çıkan bir sendromdur (Enç ve Türen, 2019). KY hastalık gibi tanımlanmamakla birlikte, birbirinden farklı kalp hastalıklarının miyokardın işlevini etkileyerek ortaya çıkardığı klinik bir tablo olarak kabul edilmektedir (Özer, 2019). KY'nin altında yatan mekanizma, kalbin kasılma özelliğinin (sistolik fonksiyon bozukluğu) veya dolun yeteneğinin bozulmasıyla (diyastolik fonksiyon bozukluğu) sonuçlanan kardiyak outputun azalmasıdır. Düşük kardiyak output, kalbin iş yükünü artırmasına sebep olan kompensasyon mekanizmalarını tetikler ve bunun sonucunda kalp dolun direnci artar (Mert ve Bilik, 2020).

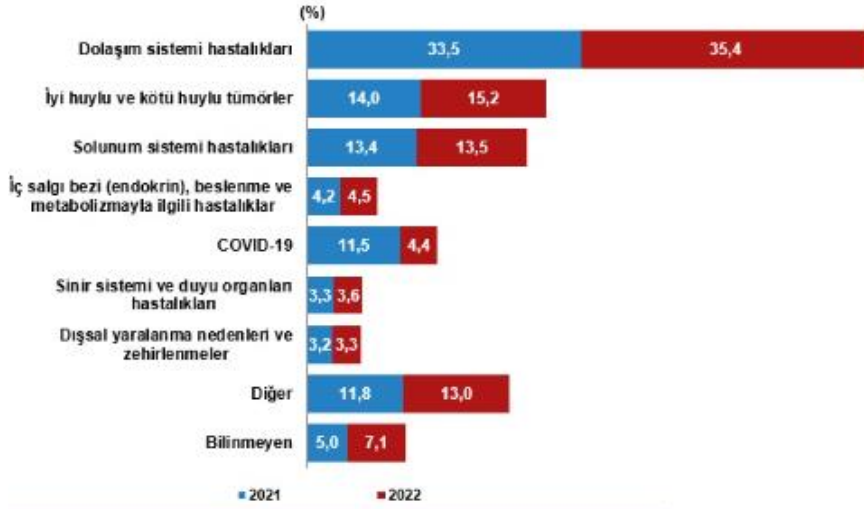
Kalp yetersizliği erişkinlerde önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Genellikle kalbin dokulara yeterli oksijenizasyonu sağlayamaması durumu ile klinik bulgular ortaya çıkar (Akdemir ve Canlı Özer, 2021). KY kliniği oldukça değişkendir; semptomlar ve belirtiler, kalp yetersizliğinin hızlı gelişimine ve sol, sağ veya her iki ventrikülün etkilenme derecesine göre farklılık göstermektedir (Hammer ve McPhee, 2022). KY, akut dekompanse atakları önlemek için planlanmış ilaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleriyle yönetilen, ilerleyici ve yaşam boyu devam eden bir durumdur (Mert ve Bilik, 2020).

2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliğinin epidemiyolojisi, 1997 yılında yeni bir salgın olarak tanımlanmasından bu yana sürekli ilgi konusu olmuştur (Roger, 2021). Avrupa ve Kuzey Amerika dışındaki düşük ve orta gelirli ülkelerden gelen KY ile ilgili epidemiyolojik veriler yetersizdir. Bununla birlikte, bu ülkelerin kardiyovasküler hastalık yükünün %80'ini taşıdığı tahmin edilmektedir. Sınırlı veri bulunması, bu bölgelerde kalp yetersizliğinin yaygınlığı, insidansı ve sonuçları hakkındaki anlayışımızı sınırlamaktadır (Groenewegen vd., 2020). KY'nin prevalansı gelişmiş ülkelerde nüfusun yaklaşık %1-2'sinde, 70 yaş üzeri insanlarda > %10 üzerinde görülmektedir. KY görülme sıklığı kadın ve erkekler arasında farklılık göstermemektedir. Prognoz erkeklerde kadınlara göre daha kötüdür (Akdemir ve Canlı Özer, 2021).

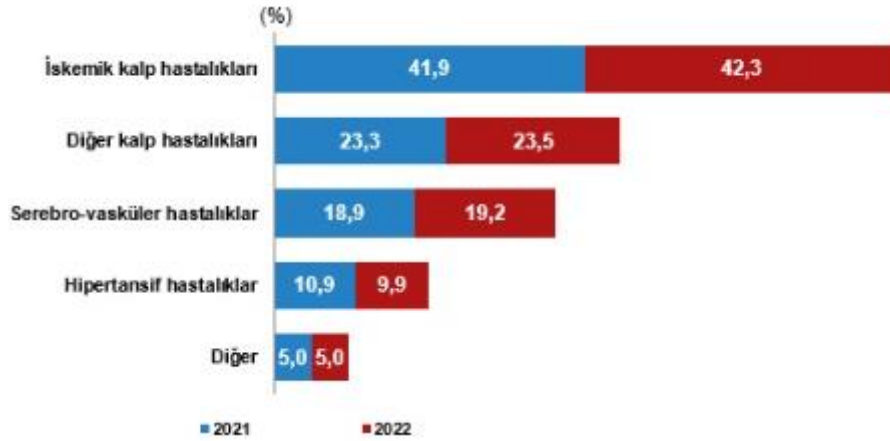
2021 Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association) İstatistiksel Güncelleme raporuna göre, kalp yetersizliği yaygınlığı 6 milyon olarak tahmin edilmektedir ve bu toplam Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) nüfusunun yaklaşık %1,8'ine denk gelmektedir (2020 Nüfus Sayımına göre 332601 milyon). Diğer tahminlere göre, kalp yetersizliği yaygınlığı ABD ve Kanada'da %1,5 ile %1,9, Avrupa'da ise %1 ile %2 arasında değişmektedir (Roger, 2021). 2012 senesinden 2030'a kadar kalp yetmezliği görülmesinde tahmini olarak %46 oranında bir artış beklediklerini; 2030 senesinde ise ABD'de 18 yaş ve üstü grupta sekiz milyonu aşkın bireyde KY görüleceğini öngörmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022).

Türkiye'de yapılan Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey (HAPPY) araştırma bulgusuna göre iki milyonun üzerinde kalp yetmezliği ile yaşayan kişi bulunmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022). Yetişkin popülasyonunda KY yaygınlık hızı %3,2 olarak tespit edilmiştir (%2,1 erkeklerde, %1,1 kadınlarda) (Özer, 2019). Türkiye'de 35 yaş üstünde kalp yetersizliğine sahip bireylerin oranı %2,9'un üzerindedir ve kalp yetersizliği yaşı ortalama 60'tır. KY tanılı bireylerde yıllık ölüm oranı %8-12'dir (Alkan ve Nural, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2022 istatistikleri incelendiğinde, ölüm nedenlerinin başında dolaşım sistemi hastalıklarının geldiği görülmektedir. 2021 yılında dolaşım sistemi hastalıkları ölüm oranı %33,5 yer alırken, 2022 yılında %35,4 olarak artış sağlamıştır. (TŞekil 2.1).



Şekil 2.1: Türkiye İstatistik Kurumu 2022 Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri

Kaynak: (TÜİK, 2022)



Şekil 2.2: Türkiye İstatistik Kurumu 2022 Dolaşım Sistemi Hastalıkları Kaynaklı Ölüm İstatistikleri

Kaynak: (TÜİK, 2022)

Yukarıda görüldüğü üzere (Şekil 2.2) TÜİK dolaşım sistemleri hastalıklarının ölüm istatistikleri aktarılmaktadır. Bu istatistik verilerine göre en çok ölüm nedenlerinden biri kalp hastalıkları olarak görülmektedir. 2021 yılında kalp yetersizliğinden yaşanan ölüm oranı %41,9 olurken 2022 yılında bu oran %42,3 ile artış göstermiştir. Yine kalp hastalığına eşlik eden diğer kalp rahatsızlıklarında ise 2021 yılına bakıldığında ölüm oranı %23,3 iken 2022 yılında bu oran %23,5 ile artış göstermiştir.

Kalp yetersizliği hastaneye yatışları, tüm hastane başvurularının %1 ile %2'sini kapsar ve 65 yaş üzeri hastalarda kalp yetmezliği tanısı ile hastane yatışı yaygındır (Groenewegen vd., 2020). Mortalite oranı yüksek bir hastalık olan KY'nde hastaların üçte birinin, ilk belirti ve bulgular ortaya çıktıktan sonraki bir yıl ile beş yıl içinde yaşamını yitirdiği bilinmektedir. Popülasyonun geneline bakıldığında KY olan hastaları ölüm açısından altı-dokuz kat daha risklidir (Özer, 2019). Kalp yetersizliği insidansı yaşla birlikte dramatik bir şekilde artmakta olup, metabolik risk faktörleri ve hareketsiz bir yaşam tarzı önemli risk faktörleri arasındadır (Malik vd., 2022).

2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kalp yetersizliği, kalbin yapısal anormallikleri, işlevsel anormallikleri ve diğer tetikleyici faktörleri nedeniyle ortaya çıkar. Tarihsel olarak KY'nin büyük çoğunluğu koroner arter hastalığı ve miyokard infarktüsüne bağlı olarak meydana gelmiştir. Zamanla koroner arter hastalığı (KAH) ve diyabet kalp yetersizliği için baskın yatkınlık faktörleri haline gelmişlerdir (Malik vd., 2022). KY oluşumuna zemin hazırlayan etmenler arasında; kontrol edilemeyen hipertansiyon, diyabet, sigara ve alkol kullanım durumu, ailede hastalık öyküsünün varlığı ve kardiyomiyopatiler bulunur. Hipertansiyon, sol ventrikülün hem sistolik hem de diyastolik işlevlerini yerine getirmemesine sebep olurken, KAH çoğunlukla sistolik işlevlerin bozulmasına sebep olmaktadır (Karadakovan ve Aslan, 2017). Bazı etkenler ve yeni gelişen durumlar altta yatan KY'nin kötüleşmesine sebep olur. Bu faktörler arasında enfeksiyonlar (pnömoni, infektif endokardit, piyelonefrit gibi), pulmoner tromboembolizm, akut veya kronik anemi, tiroid hastalıkları, fiziksel veya emosyonel stres, gebelik, negatif inotrop ilaç kullanımı yer alır. KY tanılı kişilerde daha çok görülebilen ritim bozuklukları arasında; bradikardi, atriyoventriküler blok, intraventriküler blok ve atriyal fibrilasyon bulunur (Özer, 2019).

2.4. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği, kalp, iskelet kası ve böbrek fonksiyonlarında bozulma, sempatik sinir sisteminin stimüle edilmesi ve kompleks nörohormonal değişikliklerle öne çıkan bir durumdur (Enç ve Yıldız Ayvaz, 2021). Kalp yetersizliğinde, kalbin kanı yeterince pompalamaması veya vücuda yeterli oksijen ve besinleri ulaştırabilmesi nedeniyle metabolik ihtiyaçların karşılanmasında kısıtlılık yaşanabilir (Porth ve

Gaspard, 2018). KY genellikle miyokarda hasar ve fonksiyon kaybına yol açan bir "indeks olay" veya başlangıç olayı ile başlar. Bu süreç ilerledikçe, kalbin pompa fonksiyonunda azalma meydana gelir. İndeks olay gerçekleştikten sonra, kalbin pompa fonksiyonunu sürdürebilmesi için çeşitli kompensasyon mekanizmaları devreye girer (Enç ve Türen, 2019). Kalbin pompalama işlevini sürdürebilmesini Frank-Starling Mekanizması, Nörohormonal sistemlerin aktifleşmesi ve miyokardiyal remodelling (yeniden şekillenme) kompensatuvar mekanizmaları sağlar (Enç ve Yıldız Ayvaz, 2021). Bu adaptasyonların ilk ikisi hızlı bir şekilde gerçekleşir ve kalbin pompalama fonksiyonunun nispeten normal seviyelerde devam etmesi için yeterli olabilir. Miyokardiyal hipertrofi ve remodelleme ise haftalar ve aylar içinde yavaşça gelişir ve uzun süreli adaptasyonda hemodinamik aşırı yüklenmenin önemli bir parçasıdır (Porth ve Gaspard, 2018).

2.4.1. Frank- Starling Mekanizması

Frank-Starling mekanizması, kalbin doğal bir yanıtıdır ve kalbin atım hacmi, diyastol sonu hacminin veya ön yükün artmasıyla ilişkilidir (Porth ve Gaspard, 2018). Miyokard hasarı veya aşırı ventriküler yüklenmenin gerçekleşmesi ile Frank Starling mekanizması (Kalp, aldığı kan miktarına göre arter sistemine eşit miktarda kan pompalar) devreye girmektedir (Enç ve Türen, 2019). Bu mekanizma, kalp kaslarının daha fazla gerilmesi ile daha güçlü bir kontraksiyon oluşturarak kalbin atım hacmini artırır. Ancak, bu artmış gerilme aynı zamanda miyokardın daha fazla oksijen gereksinimine neden olur. Bu durumda, ventriküler duvar gerginliği artar ve miyokardiyal oksijen tüketimi yükselir, bu da bazen iskemiye yol açabilir (Porth ve Gaspard, 2018).

2.4.2. Nörohormonal Adaptasyon

Kalp yetersizliğinde aktive olan nörohormonal sistemler, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve sempatik sinir sistemi olarak bilinir. Sistemlerin aşırı uyarılması, yeni miyokard hasarının yanı sıra böbrekler, kemik iliği, kan damarları, kaslar, karaciğer ve akciğerlere hasar verebilir. Ayrıca, miyokardın elektriksel dengesizliğini içeren fizyopatolojik bir kısır döngü oluşturabilir (Özer, 2019). KY'de kalpte bir hasar meydana geldiğinde endojen nörohormonların ve sitokinlerin salınımı artar (Ashar vd., 2019). Sitokinler, hücre kaynaklı proteinler arasında değişkenlik gösteren ve çeşitli hücreler tarafından salınan moleküllerdir. İnterlökinler ve tümör nekroz faktörü (TNF)

gibi sitokin grupları, kalp yetersizliği sürecinde önemli rol oynarlar. Özellikle TNF, miyositlerin büyümesi ve hücre ölümü (apoptoz) üzerinde etkilidir. KY sırasında gözlemlenen patofizyolojik etkilerde, endotel hücrelerinden salınan ve güçlü damar büzücü etkisi olan endotelin de önemli bir rolü vardır (Hammer ve McPhee, 2022).

Kalp yetmezliği olan kişilerde, sol ventrikül performansındaki düşüş diyastol sonundaki yükselmeye bağlı olarak ortaya çıkar. Sol ventriküldeki bu işlev bozukluğu, ejeksiyon fraksiyonunun (EF) düşmesine neden olur. Kalp debisinin azalmasıyla birlikte, sempatik aktivite artar. Bu durumun sürekli hale gelmesi, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) ve bazı nöral hormonları harekete geçirir (Enç ve Türen, 2019). Başlangıçta, adrenerjik aktivitenin ve renin-anjiyotensin sistemindeki artan aktivite, hayati organların uygun perfüzyonunu kompanse etmeye yardımcı olur. Ancak, bu durum zamanla kalp fonksiyonlarının giderek bozulmasına yol açar (Hammer ve McPhee, 2022). Renal kan basıncının azalması sonucu böbreklerden renin salgılanır. Renin etkisi sonucu anjiyotensin I oluşmaktadır. Anjiyotensin I, anjiyotensin çevirici enzim (ACE) etkisi ile anjiyotensin II'ye dönüşmektedir (Özer, 2019). Anjiyotensin II vazokonstriktör maddedir. Kısa dönemde sodyum ve su tutulumu gerçekleştirir (Enç ve Türen, 2019). Anjiyotensin II aynı zamanda aldosteron salınımına yardımcı olur. Aldosteron, böbreklerde su ve tuzun korunmasına ek olarak, miyokard üzerinde olumsuz etkileri nedeniyle miyokard fibrozunu ağırlaştırabilir. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi uyarıldığında, vücutta su ve tuz tutulumu artar, kan volümü yükselir ve bu durum kalbe daha fazla kan gitmesine yol açar. Bu süreç, miyokardın kasılma gücünü artırarak Frank-Starling yasasının etkisi altına girer. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi, semptomların ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde önemli bir role sahiptir (Özer, 2019). Bununla birlikte, sürekli olarak hiperaktif olan renin-anjiyotensin sistemi, şiddetli damarların daralması, kalbin artan yükü ve kalp debisi ile böbreklerin daha fazla azalmasına yol açarak bir kısır döngünün başlamasına sebep olur (Hammer ve McPhee, 2022).

2.4.3. Ventriküler Yeniden Şekillendirme

Miyokardiyal hipertrofi, kalbin karşılaştığı artmış yüke karşı geliştirdiği temel kompensatuvar mekanizmalardan biridir (Porth ve Gaspard, 2018). Bu mekanizmalar kalbin debiyi artırmaya çalışmasına karşın, zaman içinde klinik durumun

kötüleşmesine, miyokardın oksijenlenme durumunun bozulmasına, kardiyak debinin azalmasına ve miyokardın işleyiş yükünün çoğalmasına yol açmaktadır. Kontraktilitenin azalmasıyla birlikte, ventrikülün içinde diyastol sonu hacmi ve miyokard duvarı gerilimi artmaktadır (Özer, 2019). Maruz kalınan bu hemodinamik strese kalbin yanıtı ventrikülün genişlemesi ile olmaktadır (Hammer ve McPhee, 2022). “*Ventriküler yeniden şekillenme (remodelling)*” olarak adlandırılan süreç, kalbin yapısal ve fonksiyonel değişikliklerinin kronik hemodinamik stresin bir sonucu olarak oluşmasıdır (Enç ve Türen, 2019). Bu sürece aracılık etmek üzere dokuda çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. İlk olarak kalp yetersizliğinde apoptoz adı verilen (programlı hücre ölümü) yol ile miyosit kaybı görülmektedir. Nekroz sürecinin aksine, apoptotik hücrelerde başlangıçta hücre zarı bozulmadan hücre hacmi azalmaktadır. Ancak apoptotik süreç ilerledikçe ve miyosit ölümü sonlanınca miyokarda boşluklar kalır. Miyositlerin kaybı, geriye kalan miyositlerde artmış strese neden olur. Organlarda proliferasyonla oluşan hücrelerin apoptozu normal bir süreçken, kalpte apoptoz, hücre ölümünün kalan hücrelerdeki stres artışına ve buna bağlı olarak hipertrofiye ve apoptozun artmasına yol açan bir kısır döngü başlatır (Hammer ve McPhee, 2022). Bu sebeple erken dönemde yararlı gibi gözükken kompensatuvar mekanizmalar, ilerleyen dönemde zararlı hale gelerek KY tablosunun kötüleşmesine sebep olurlar (Enç ve Türen, 2019).

2.5. Kalp Yetersizliği Sınıflandırmaları

Kalp yetersizliği hastalarını sınıflandırmak, altta yatan nedenler, demografik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve verilen tedaviye yanıt gibi faktörleri değerlendirmek açısından önemlidir. KY, sol ventrikül EF'si göz önüne alındığında üç gruba ayrılır. EF'si %40' tan az olanlar düşük EF'li KY grubuna girerken, % 50 ve üzerinde olanlar korunmuş EF'li KY grubuna dahil edilir. %40-49 aralığındakiler ise sınırda EF'li KY olarak sınıflandırılır (Akdemir ve Canlı Özer, 2021).

Ayrıca KY, New York Kalp Derneği (New York Heart Association- NYHA) tarafından semptom şiddeti ve fiziksel aktivite seviyesine dayalı olarak değerlendirilirken; Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology- ACC) ve Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association- AHA) tarafından tanı, tedavi ve prognoz konularında daha objektif bir yaklaşım benimsenerek, her

evrede uygulanacak tedavi yöntemleri tanımlanır ve bu yaklaşım mortalite ve morbiditeyi azaltmayı amaçlar (Tablo 2.1) (Özer, 2019; Taylan, 2021).

Tablo 2.1: Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması

| ACC/AHA KALP Yetersizliği Evresi | | NYHA Fonksiyonel Sınıflaması | |
|----------------------------------|---|------------------------------|---|
| Evre A | KY açısından yüksek riske sahip fakat kalp yetersizliği belirtileri veya yapısal kalp hastalığı bulunmuyor. | | |
| Evre B | Yapısal kalp hastalığına sahip fakat KY belirti veya bulgusu bulunmuyor. | Sınıf I | Fiziksel açıdan hareket kısıtlılığı yok. Günlük fiziksel aktivite KY belirtilerine (halsizlik, dispne) sebep olmaz. |
| Evre C | Yapısal kalp hastalığına sahip ve önceden veya şu an KY belirtileri bulunuyor. | Sınıf II | Fiziksel açıdan hareketinde hafif kısıtlanma varken, dinlenme halinde belirti yoktur. Günlük fiziksel aktivite KY belirtilerine sebep olur. |
| | | Sınıf III | Fiziksel açıdan hareketinde kısıtlılık vardır. Dinlenme halinde belirti yoktur ancak hareketin biraz artması ile KY belirtileri vardır. |
| Evre D | Müdahale edilmesi gereken refrakter KY | Sınıf IV | Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel aktivitenin sürdürülememesi, istirahatte belirtiler olabilir. |

Kaynak: Taylan, 2021

2.6. Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulguları

Kalp yetersizliği belirtilerinin çoğu, su ve tuz tutulumundan kaynaklandığı için spesifik değildir. Bu nedenle, KY tanısı erken aşamalarda zor olabilir. Ayrıca, ortopne

veya paroksizmal nokturnal dispne gibi belirli belirtiler, özellikle yüzeysel semptomları olan kişilerde az yoğunlukta görüldüğü için KY tanısında bu belirtilerin hassasiyeti düşüktür. Belirtilerin tespiti ve tanımlanması, yaşlılar, obeziteye ve kronik akciğer hastalığına sahip kişilerde daha zordur (Taylan, 2021). KY semptom ve bulguları Tablo 2.2’de gösterilmektedir.

Tablo 2.2: Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulgular

| Semptom (Tipik) | Bulgular |
|--|---|
| Tipik | Daha Spesifik |
| Nefes Darlığı | Juguler Ven Basınçta Artma Görülmesi |
| Egzersiz İntoleransı | Hepatojuguler Reflü |
| Ortopne | S3 Kalp Sesi (Gallop Ritmi) |
| Paroksizmal Nokturnal Dispne (PND) | Kalp Üfürümü Duyulması |
| Ayak Bileğinde Görülen Ödem | |
| Yorgunluk, Fiziksel Aktivite Sonrası Toparlanmanın Uzaması | |
| Daha Az Tipik | Daha Az Özgül |
| Wheezing (Hışıltı) | Cheyne Stokes Solunum |
| Gece Gözlenen Öksürük | Kalp Üfürümü Duyulan Üfürüm Sesi |
| Kilo Kaybı (İleri KY) | Akciğerlerde Krepitasyon |
| Vücutta Şişkinlik | Aritmi |
| Taşikardi | Periferik Ödem (Sakral, Ayak Bileği, Skrotal) |
| Depresyon | Plevral Efüzyon |
| Baş Dönmesi | Taşipne |
| Senkop | Taşikardi |
| İştahta Görülen Azalma | Asit Birikimi |
| Spesifik Olarak Yaşlılarda Gözlenen Konfüzyon | Soğuk Ekstremiteler |
| | Hepatomegali |
| | Zayıflama (İleri Evre KY) |
| | Kaşeksi |
| | Oligüri |
| | Vücut Ağırlığında Artış (>2kg/Hafta) |

Kaynak: Taylan, 2021

Kalp yetersizliği belirtileri, mevcut olan kalp yetersizliğinin türüne, yaygınlığına ve ilerleme hızına bağlı olarak ortaya çıkar. Örneğin, daha önce stabil bir şekilde kompense olan bir kişi, durum ani bir şekilde kötüleştiğinde ilk kez KY belirtilerini yaşayabilir. Ayrıca, enfeksiyonlar, duygusal stres, kontrolsüz hipertansiyon veya aşırı

sıvı yüklenmesi gibi durumlar da kalp yetersizliğinin şiddetini artırabilir (Porth ve Gaspard, 2018).

2.7. Kalp Yetersizliği Tanısı

Kalp yetersizliği teşhisi genellikle hastanın öyküsüne, semptomlarına, fiziksel muayene bulgularına ve laboratuvar sonuçlarına dayanır. Öyküde hastanın şikayetleri, mevcut hastalıkları (KAH, diyabet, hipertansiyon vb.), ailenin hastalık geçmişi, düzenli kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol kullanımı ile mesleği gibi faktörler sorgulanır. Bu bilgiler, KY teşhisinde önemli bir rol oynar (Yıldız, 2021). Hastalığın sebebi ve şiddeti belirlenerek tedavi planı oluşturulurken öykü, fiziksel muayene, gözlem, telekardiyografi, elektrokardiyografi, ekokardiyografi, koroner anjiyografi, kalp kateterizasyonu ve hemodinamik incelemeler, natriüretik peptid seviyeleri, rutin laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler (kalp manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, göğüs radyografisi) kullanılır. Ayrıca, sağ kalp boşlukları ve pulmoner arter basınç ölçümleri ile sol atriyal alan ve hacmi değerlendirilir. Doku doppler incelemeleriyle kalp yetersizliğinin nedeni ve derecesi belirlenir ve buna göre tedavi planı oluşturulur (Akdemir ve Canlı Özer, 2021).

Framingham çalışmasına göre, KY tanısı için ya iki majör veya bir majör ve iki minör kriter aynı anda bulunmalıdır. Ancak hastada sadece minör kriterler varsa ve bu kriterler başka bir tıbbi durumla açıklanamıyorsa, majör kriterler olmaksızın da KY teşhisi konabilir (Taylan, 2021). Bu kriterlere Tablo 2.3'te yer verilmektedir.

Tablo 2.3: Kalp Yetersizliği Ayırıcı Tanısında Kullanılan Framingham Kriterleri

| Majör Kriterler | Minör Kriterler |
|--|---|
| Juguler Venlerde Dolgunluk | Aktivite ile Görülen Nefes Darlığı |
| Paroksizmal Nokturnal Dispne | Ayak Bileği Ödemi (Bilateral) |
| Akut Pulmoner Ödem | Gece Görülen Kuru Öksürük |
| Pulmoner Raller | Hepatomegali |
| S3 Gallop Sesi | Vital Kapasitenin 1/3 Oranında Azalması |
| Radyografide Kardiyomegali | Plevral Efüzyon |
| Venöz Basıncın Artması (>16 cm H ₂ O) | Taşikardi (≥ 120 atım /dk) |
| Hepatojuguler Reflü | |
| Dolaşım zamanı > 25 sn | |

| | |
|---|--|
| Kilonun Azalması (KY Tedavisine Verilen 5 Gün İçinde Yanıt \geq 4,5 kg) | |
|---|--|

Kaynak: Taylan, 2021

2.8. Kalp Yetersizliği Tedavisi

Kalp yetersizliğinin tedavisi ve bakımının öncelikli hedefi, hastanın belirtilerini azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve prognozunu iyileştirmektir (Akdemir ve Canlı Özer, 2021). Tedavi seçenekleri, hastanın durumunun şiddetine bağlı olarak değişebilir. Oral veya IV tedavi, önemli yaşam tarzı değişiklikleri, oksijen desteği, destekleyici cihazların kullanımı ve gerektiğinde cerrahi müdahaleler (kardiyak transplantasyon dahil) içerebilir. Yaşam tarzı değişikliği önerileri arasında diyetle sodyum kısıtlaması, aşırı sıvı alımının önlenmesi, alkol ve sigaradan uzak durulması, kilo kontrolü ve düzenli egzersiz yer almaktadır (Mert ve Bilik, 2020).

2.8.1. Kalp Yetersizliğinde Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliğinde yer alan farmakolojik tedavi yöntemleri aşağıda yer alan alt başlıklarda aktarılmaktadır. Bu alt başlıkları sırası ile ACE inhibitörü, anjiyotensin II reseptör blokeri, beta blokerler, hidralazin/isosorbid dinitrat, diüretikler ve dijital grubu şeklinde verilmektedir.

2.8.1.1. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü

Kalp yetersizliği tedavisinde anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin kullanımı, mortalite ve morbidite oranlarında düşüş sağlar (Özer, 2019). Anjiyotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşümünün engellenmesiyle sağlanan fayda, kalp yetersizliğinin tedavisinde önemli bir unsurdur (Taylan, 2021). Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi, kalp yetersizliğinin erken aşamalarında aktive olur ve yetersizliğin ilerlemesinde önemli bir rol oynar (Porth ve Gaspard, 2018). ACE inhibitörleri (ACEİ), vazodilatasyon yoluyla periferik damar direncini azaltır. Ayrıca, kalpte afterload'u düşürerek iş yükünü azaltır, kalp yapılarının bozulmasını engeller ve kalp fonksiyonlarını iyileştirir. Bu, remodeling sürecini durdurarak kalp işlevlerinde olumlu bir etki sağlar (Taylan, 2021). ACE inhibitörleri belirgin KY olan ($EF \leq \%40$) hastalarda ilk seçenek ilaç grubu olarak önerilir. Uzun süreli kullanımda

ventrikül hipertrofisi azalır ve hipertansiyon kontrol altına alınır. (Özer, 2019). KY hastaları genellikle ileri yaşta olan kırılğan hastalardır. ACEİ'leri kullanıldıktan sonra, bu hastalarda böbrek fonksiyonlarını ve serum elektrolitlerini yakından takip etmek önemlidir. ACEİ'nin hasta tarafından çoğunlukla tolerasyonu olur fakat bazen ilacın yan etkileri görülebilir. Bu yan etkiler arasında kreatinin seviyelerinde artış, kan basıncında düşüklük ve kuru öksürük bulunur (Taylan, 2021).

2.8.1.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokeri

Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), ACEİ'ler kullanılmadığında tercih edilen bir tedavi seçeneğidir (Taylan, 2021). ARB'ler, ACE inhibitörleri gibi çalışır ancak genellikle daha kısıtlı etkilere sahiptir (Porth ve Gaspard, 2018). Kandesartan ve Valsartan gibi ilaçlar anjiyotensin II reseptörlerini etkileyerek bu reseptörleri durdurur ve böylelikle anjiyotensin II hormonunun etkilerini azaltır veya engeller. Bu da vazodilatasyona ve kan basıncı oranının düşmesine yardım eder (Özer, 2019). Bu ilaçların, kalp yetersizliği olan hastalarda ölüm oranlarını, hastalığın şiddetini ve hastaneye yatış gereksinimlerini azalttığı gösterilmiştir (Taylan, 2021). ARB hastalarda hiperkalemi, düşük kan basıncı ve böbrek fonksiyonlarında bozulmaya yol açabilir (Özer, 2019). ACE inhibitörleri kullanan birçok hastada ortaya çıkan ciddi bir yan etki olan öksürüğe neden olmamaları, bu ilaçların önemli bir avantajıdır (Porth ve Gaspard, 2018).

2.8.1.3. Beta Blokerler

β -adrenerjik blokerler, sempatik sinir sistemi aktivasyonunu azaltmak amacıyla kullanılır (Porth ve Gaspard, 2018). β -reseptörler üzerinden katekolaminlerle rekabet ederek arteriyel damar direncini düşürme, tansiyon kontrolünde etkili olma, miyokard üzerinde negatif inotropik etki gösterme (kalp kasılma gücünü azaltma) ve kalp hızını/atım hacmini düşürme gibi etkileriyle bilinirler. Bu etkiler, kalbin iş yükünü azaltmada önemli rol oynar (Taylan, 2021). Beta-blokerlerin, düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği olan hastalarda ACEİ ve diüretik tedavisine ek olarak mortaliteyi ve morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir (McDonagh vd., 2021). Beta blokerleriyle yapılan tedavilerde, ilacın olumlu etkisi doz arttıkça artabilir. Bu nedenle, hastaların tolere edebileceği düşük dozlarla tedaviye başlanır (Taylan, 2021). Tedavinin doz artışları ise iki haftalık süreden az olmamak koşulu ile yavaş olarak yapılması önerilir (Özer, 2019). Hipoglisemi, hiperpotasemi, halsizlik,

yorgunluk, cinsel işlev bozuklukları ve lipid metabolizması üzerine olan etkilerinden dolayı yakın takip etmek gerekmektedir (Taylan, 2021).

2.8.1.4. Hidralazin/İsosorbid Dinitrat

Hidralazin (Apresoline) ve isosorbid dinitrat kombinasyonu, hidralazin sistolik kan basıncını ve sol ventrikülün ard yükünü düşürerek etki gösterirken, nitratlar sistemik vazodilatasyon sağlayarak kalbe dönüş yapan kan miktarını azaltarak ön yükü düşürür (Özer, 2019). Hidralazin gibi arterioller vazodilatörler ağır aort yetmezliği ve mitral yetmezliğinde etkili olabilir. Bu tür ilaçlar, ileri derecede kalp kapakçık yetmezliğinde kullanıldığında atım hacmini artırarak geri akım volümünü azaltabilir (Akdemir ve Canlı Özer, 2021). ACEİ veya ARB tedavisinin yerine geçmemelidir. Hastanın ACEİ ve ARB tedavisine kontrendikasyonu varsa alternatif olarak kullanılmaktadır (Ashar vd., 2019).

2.8.1.5. Diüretikler

Vücutlarında fazla sıvı birikimi görülen hastaların tedavisinde kullanılan diüretikler, KY olan hasta için ilk tedavi yöntemidir ve semptomları hafifletmede kullanılmaktadır (Taylan, 2021). KY’de sıklıkla uygulanan diüretikler arasında tiazid grubu, loop diüretikleri ve potasyum tutucu diüretikler bulunur. Tiazid grubu diüretikler (Metolazone), distal tubulustan sodyum ve klorün tekrar absorpsiyonunu durdururken potasyum ve bikarbonatın atılmasını artırabilir. Loop diüretikleri (Furosemid- Lasix) henle kulbunun çıkan kolundan sodyum ve klor geri emilimini engelleyerek etki gösterir (Özer, 2019). Diüretikler genellikle volüm yüklenmesi semptomları için sık reçete edilirler. Vücuttaki sıvı atılımını artırır, ön yükü azaltarak ve kalbin daha optimal Frank- Starling eğrisinde çalışmasını sağlayarak kardiyak debi ve dokuların yeterli perfüzyonunu destekler (Porth ve Gaspard, 2018). Diüretiklerin KY semptomlara etki ettiği bilinsede, mortalite ve morbiditede üzerinde azalmayı gösteren bir çalışma yoktur (Taylan, 2021). Diüretik tedavinin ilk uygulamasının başladığı zaman hastada potasyum ve kreatinin düzeyinin incelenmesi gerekmektedir. Bu ilacı kullanan hastalarda günlük kilo, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapmak önemlidir (Özer, 2019).

Pulmoner ödem gibi acil durumlarda furosemid gibi loop diüretikler intravenöz olarak verilebilmektedir (Porth ve Gaspard, 2018). Bu diüretiklerin yan etkileri;

hipopotasemi, hipovolemi, glikoz intoleransı, hiperürisemi, hiperkolesterolemi olabilmektedir (Akdemir ve Canlı Özer, 2021). Spironolakton (aldactone) toplayıcı kanallar ve distal tubulustan potasyumu tutup sodyumu atarak diüretik etki gösterebilir. Bu ilaç grubunun yan etkileri arasında; elektrolit düzensizlikleri, tansiyon düşüklüğü, ürik asit seviyesinde artma ve ototoksiste sayılabilir (Özer, 2019).

2.8.1.6. Dijital Grubu

Dijitaller, KY tedavisinde 200 yıldan uzun bir süredir kullanılmaktadır ve kardiyak glikozidler olarak bilinir (Porth ve Gaspard, 2018). Dijitaller, pozitif inotropik etkiyle kalp debisini artırırken, barorefleks hassasiyetini yükselterek sempatik aktiviteyi azaltır ve nörohormonal etki oluşturarak sempatik aktiviteyi ve renin-anjiyotensin seviyelerini düşürür (Akdemir ve Canlı Özer, 2021). Dijitaller ve ilişkili kardiyak glikozidler zarındaki Na^+/K^+ pompasını baskılayarak etkilerini gösterirler. Bu durumda hücre içi Na^+ seviyesi artar ve sonrasında Na^+ / Ca^{++} değişim pompası yardımıyla hücre içi kalsiyumda yükselme olur. Bunun yanı sıra kardiyak glikozidler sinoatriyal nodun aktifleşmesini ve atrioventriküler nodun üzerinden de iletişimi azaltılmasını sağlayarak, kalp atım hızını düşürür ve kalbin dolum süresini uzatır (Porth ve Gaspard, 2018). KY hastalarında kullanılan digoksinin düşük EF'li KY'de mortalite üzerine etkinliği bilinmemektedir. Ancak digoksin semptom ve hastaneye yatış oranlarını azaltmada faydalıdır (Nalbantgil vd., 2018). Digoxinin KY tedavisinde beta blokerlere üstünlüğü olmadığı bilinmektedir. Yaşlıların ve renal fonksiyon bozukluğu olanların intoksikasyon açısından takip edilmesi gerekir (Taylan, 2021). Dijitale kullanımına bağlı zehirlenme belirtileri; gastrointestinal semptomlar olan iştahta azalma, bulantı hissi, kusma ve diyare; nörolojik belirtiler olan çift görme, bulanık ya da sarı-yeşil renklere görme, sinirlilik ya da hafıza sorunları; halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk ve kardiyak semptomlar olan çarpıntı, düzensiz kalp atışları içerebilir (Özer, 2019).

2.8.2. Kalp Yetersizliğinde Cihaz Tedavisi

İleri aşamada KY olan hastalarda, mevcut tedavilere ek olarak kalp ritim cihazları olarak da bilinen kardiyak defibrilatörler (ICD) ve kardiyak resenkronizasyon terapisi (CRT-D) gibi cihazlar kullanılabilir (Taylan, 2021).

2.8.2.1. İmplant edilebilir Cardioverter Defibrilatörler (ICD)

KY semptomlarını takip ve tedavi etmek için yerleştirilebilir cihazların kullanımı yaygındır. İmplant edilebilir kardiyak defibrilatörler (ICD), KY prognozunu geliştirerek ani aritmi kaynaklı ölümleri engellemeye yardımcı olur (Taylan, 2021). Aritmik ani kardiyak ölüm riski, sol ventrikül EF ile ölçülen sol ventrikül fonksiyonunun azalması ile ilişkilidir. ICD'ler özellikle ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyonu tespit edip durduran cihazlardır (Mutlu, 2020). ICD'ler genellikle sol alt klavikulanın altında, bölgeye yerleştirilmiş bir pil ve atriyum ile ventrikül arasındaki bağlantıyı gerçekleştiren kablolarla oluşturulmuştur. Bu cihazlar sürekli olarak ventriküler ritmi izler (Taylan, 2021). Ventriküler aritmiden kaynaklanan ani kardiyak ölüm riski taşıyan ve bir yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, ICD cihazları önerilir (Zengin ve Yıldırım, 2019). KY ilaçları β -blokerler, ölüme sebep olan aritmi riskini azaltarak ölüm oranını düşürebilir. Fakat sadece ICD, ritim bozukluğu başladıktan sonra kişinin hayatı için kurtarıcı bir tedavi şansı sunabilir. Bu tedavinin başarısı, aritminin hızlı bir şekilde durdurulabilmesi için kardiyoversiyon veya defibrilasyonun anında uygulanabilmesinden kaynaklanır (Taylan, 2021).

2.8.2.2. Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi

Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi (CRT-D), belirli hastalarda mevcut olan ventriküler dissenkronizasyonu düzelterek semptomları ve prognozu iyileştirir (Taylan, 2021). Elektrokardiyogramda QRS süresi olarak görülen sağ ve sol ventriküler kasların etkili bir şekilde uyarılması için geçen süre, iletimde gecikmeye ve dolayısıyla disenkroniye sebep olabilir. KY hastalarının yaklaşık üçte birinde bu tür bir disenkronizasyon mevcuttur ve bu durum genellikle kötü sonuçlarla ilişkilidir (Mutlu, 2020). CRT-D, sağ ve sol ventrikülün yan duvarlarını (biventriküler pacing) eş zamanlı olarak uyararak mekanik senkronizasyonu sağlar. Bu yöntem, EF'nin ve kardiyak debinin normal seviyelerde devam etmesini destekler (Taylan, 2021). Doğru bir şekilde seçilen bireylerde CRT, hastalığın olumsuz etkilerini azaltır ve ölüm riskini düşürür. Ayrıca, CRT kalp fonksiyonlarını iyileştirir ve yaşam kalitesini artırır. Ölümcül bradikardiyi engelleme, tüm kalp pili cihazları tarafından paylaşılan önemli bir fayda mekanizması olabilir (McDonagh vd., 2021).

2.8.3. Kalp Yetersizliğinde Non-farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliği hastalık yönetiminde, danışmanlık, hasta eğitimi, yaşam tarzı önerileri ve egzersiz gibi unsurlar bulunur. İstenilen davranış değişikliğinin başarılı bir şekilde uygulanması, hastalığın yönetiminde büyük önem taşır (Enç ve Türen, 2019).

2.8.3.1. Risk Faktörü Kontrolü

Framingham Kalp Çalışması'na göre, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın beş kişiden biri KY riski altındadır (Türk Kardiyoloji Derneği Yol Haritası, 2022). KY, zamanla artan fiziksel ve zihinsel semptomlarla ilişkili beklenmedik bir hastalık sürecidir. Bu durum hastalarda fonksiyonel kapasitenin düşmesine, bakım ihtiyacının artmasına, sık hastaneye yatış gerekliliğine ve sürecin belirsizliklerinden kaynaklı oluşan stres, anksiyete ve depresyon gibi sorunlara sebep olabilir (Gülbahar ve Gök Metin, 2020). Kalp yetersizliğinin altta yatan en önemli sebebi KAH olarak görülmektedir. İkinci önemli sebebi ise hipertansiyonun kalbi olumsuz etkilemesidir. Bu iki ana sebebe ek olarak, daha nadir görülebilen birçok hastalık da KY sebebi olabilir. Örneğin, kullanılan bazı ilaçların yan etkileri (kanseri ilaçlarından bazıları), bazı toksinlerin etkileri (fazla alkol kullanımı), bazı enfeksiyonlar (virüslere bağlı kalp kası iltihabı), bazı metabolik nedenler (diyabet) hatta obezite KY'ye neden olabilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği Yol Haritası, 2022). KY hastaları bazen yaşam kalitelerinde azalma yaşayabilirler. Bu nedenle, mevcut tedavilere ek olarak, hemşirelerin bakım sürecine dahil olmaları önemlidir. Bu, hastaların semptomlarını hafifletmeye ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik destek sunmalarını içerir (Gülbahar ve Gök Metin, 2020). Bu yetmezlikten korunabilmek, hastalığın risk etmenlerini bilmek, erken tanı koyabilmek ve müdahale edebilmek ile sağlanabilir. Güncel olarak kalp yetmezliğinin başlıca nedenlerinden olan koroner kalp hastalığı ve hipertansiyonun yaygınlığı arttıkça, toplumların yaşlanmasıyla birlikte KY vakalarında da bir artış görülmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği Yol Haritası, 2022). Bu nedenle hemşirelerin, hastaların motivasyonlarını artırarak, KY evresini önemseyerek, kaynaklarda faydalı olarak belirtilen tamamlayıcı ve bütünleştirici tedavi yaklaşımları hakkında bilgi edinmeleri ve bu yaklaşımların etkilerini araştıran klinik çalışmalar yapmaları önemlidir (Gülbahar ve Gök Metin, 2020). Bu da sigara kullanımından kaçınma, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, tuz tüketimini

azaltma gibi risk faktörlerini kontrol altına almak için halkın bilinçlendirilmesiyle yakından ilişkilidir (Türk Kardiyoloji Derneği Yol Haritası, 2022).

2.8.3.2. Tuz Kısıtlaması

Kalp yetmezliği durumunda tuz alımının sınırlanmasının faydalarına dair sağlam kanıtlar bulunmamaktadır (Jarrsma vd., 2021). Sistemik hipertansiyon, KY gelişimi için ana risk faktörlerinden biridir. Kan basıncının uygun şekilde tedavi edilmesi, KY riskini azaltabilir. Meta-analiz verileri, tuz alımı ile yüksek kan basıncı arasında doz-tedavi ilişkisi olduğunu öne sürmektedir. Tedavi edilmemiş sistemik hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofinin gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (Patel ve Joseph, 2020). Bu sebeplerle sodyumun dengesi, KY olan bireylerde son derece önemlidir. Ağır semptomları olan ve ilaçlarla kontrol edilemeyen kişilerde sodyum kısıtlanması tercih edilebilir (Yıldız Ayvaz ve Enç, 2018). Kalp yetersizliğinde sodyum alımının azaltılmasının rolünü inceleyen devam eden araştırmalar, hem tekrarlayan hastaneye yatışlar ve mortalite önlenmesinde, hem de semptomatik iyileşmenin sağlanmasında rol oynadığını düşünmektedir (O. Dannel vd., 2020).

Amerikan Kalp Derneği, KY hastaları için günde 3000 mg sodyumdan az alınmasını söylemektedir. KY şiddetlendikçe, bu miktar günlük 1500 mg'a kadar düşürülebilir. Söz konusu kısıtlama, vücudun sıvı artışını engelleyebilir ve diüretiklere olan yanıtı artırabilir (Taylan, 2021). Sınıf III-IV semptomları olan kalp yetmezliği hastalarında günlük sodyum alımının 2 g 'nın altında olması, konjestif belirtileri kontrol altında tutabilir. KY hastalarına diyetleri ile ilgili hazır katkı maddeli gıdalar yerine taze meyve ve sebzelerin tercih edilmesi, salam, sosis, turşu, sucuk gibi ürünlerden kaçınılması, düzenli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi ve dengeli beslenmenin öneminin anlatılması gerekmektedir (Özer, 2019).

2.8.3.3. Aşırı Sıvı Alımı

Rehberler, şiddetli KY'de semptomları hafifletmek için hastaların sıvı alımını 1.5–2 litre ile sınırlandırmalarını öneriyor ve sıcak ve nemli hava veya sıvı kaybı durumlarında alımı arttırmalarını (ve/veya diüretikleri azaltmalarını) tavsiye ediyor (Jarrsma vd., 2021). KY'de hastanın özel durumuna göre uyarlanmış sıvı ve sodyum kısıtlaması düşünülebilir (Yıldız Ayvaz ve Enç, 2018). Sıvı retansiyonu veya aşırı sıvı alımının bir sonucu olarak 24 saatlik süreçte yaklaşık 1 kilogram veya haftada

1.3 kilogramdan fazla ağırlık artışı, hastaların günlük diüretik dozlarında değişiklik yapma ihtiyacını doğurabilir (Taylan, 2021). İleri evre KY olanlarda, konjestif semptomları azaltmak için günlük sıvı alımı 1.5-2 lt olarak önerilirken, kompanse KY olanlarda sıvı kısıtlamasının kesin faydasına dair kanıtlar mevcut değildir (Yıldız Ayvaz ve Enç, 2018). Kilo baz alınarak yapılan sıvı kısıtlaması (30 ml/kg; eğer < 85 kg ise 35 ml/kg) susama hissinin azalmasına sebebiyet vermektedir (Özer, 2019). Korunmuş ejeksiyon fraksiyonu olan dekompanse KY hastalarında agresif sıvı (günde 800 ml) ve sodyum (günde 2 g tuz) kısıtlamasının semptomları veya prognozu iyileştirmediği, aksine susuzluk hissini arttırdığı ve beslenmeyi bozabileceği düşünülmektedir (Yıldız Ayvaz ve Enç, 2018).

2.8.3.4. Kilo Kontrolü

Kalp yetmezliği seviyelerine göre hafiften kaşeksiye kadar uzanan beslenme yetersizlikleri gözlenebilir. Bu yetersizlikler, yetersiz beslenme alışkanlıkları, bağırsak emiliminde bozukluklar, artmış metabolizma hızı sonucu nörohormonal değişiklikler, proinflatuar durum, yükselen oksidatif stres ve bazı ilaçların neden olduğu artmış besin kaybı gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir (Güler vd., 2021). Kaşeksi, kötü bir prognozla ilişkilidir ve terminal evre kalp yetmezliği ile ilişkilendirilir. Aşırı obez hastada, en az %10 ağırlık kaybı ve olumlu LV (sol ventrikül) remodelleşme elde etmek için bariatrik cerrahi sunulabilir. Bu geniş hasta grubunda kilo yönetimi belirsizdir. BKİ ≥ 40 kg/m² olarak tanımlanan morbid obeziteye sahip KY hastalarının prognozuyla ilgili sınırlı veri bulunmaktadır; ancak, genel olarak, kaşektik KY hastalarına benzer şekilde artmış mortalite görüldüğünden bu hastalar için kilo kaybı önemlidir ve büyük sağlık risklerinin azalmasıyla ilişkilidir (Jarrsma vd., 2021). Kalp yetmezliğine özel bir diyet yoktur. Diyet planında vücut kitle indeksi (BKİ) ve kalori alımı dikkate alınmalıdır. Diyetin KY üzerindeki etkileri insülin aktivitesi ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 seviyeleriyle değerlendirilir. Obez hastalarda ılımlı kalori sınırlaması önerilir. Diyet önerilerinin önemli bir kısmı sıvı alımının düzenlenmesidir (Güler vd., 2021). KY hastalarında kilo takibinin yeri önemlidir. Hastaların ayak ve bacaklarında ödem varlığını gözlemlemesi ve sabahları düzenli olarak günlük ağırlıklarını kaydetmesi gerekmektedir (Taylan, 2021). Hasta, günlük kilo takibinin önemi hakkında bilgilendirilir ve kahvaltı öncesi, aç karnına, benzer kıyafetlerle ve aynı tartıyla her gün tartılması teşvik edilir. Eğer 3 ila 5 gün içinde ağırlıkta 1.36 - 2.27

kg arasında bir artış olursa, hastanın detaylı bir değerlendirmesinin yapılması önerilmektedir (Yıldız Ayvaz ve Enç, 2018).

2.8.3.5. Düzenli Egzersiz

Kalp yetmezliği tedavisinde, farmakolojik tedavi ile egzersizin bir araya getirildiği bütünsel bir yaklaşım önemlidir. Erken dönemde başlanan egzersiz programı, semptomların iyileşmesinde etkili olabilir (Çaylan ve Otağ, 2020). Egzersize dayanıklılığın az olması KY hastalarında tipiktir. Bu sebeple kişiye özgü egzersiz programı, kas kondisyonunu maksimum hale getirmek için önem arz etmektedir (Porth, 2018). Haftada 3-5 kez düzenli olarak 30 dakika egzersiz yapmak, KY olan bireyler için çok önemlidir (Taylan, 2021). Bu egzersiz düzeni, ölüm riskini azaltarak hastaneye yatış oranlarını düşürebilir (McDonagh vd., 2021). Fiziksel aktivitedeki azalma, kalp yetersizliğinin ilerlediğini işaret edebilir. Orta düzeyde devamlı bir egzersiz planı, KY olan kişilere önerilmektedir. Bu egzersiz programı, aerobik egzersizlerin yanında aralıklı egzersizleri, solunum egzersizlerini ve kas kuvvetlendirme egzersizlerini içerebilir (Taylan, 2021). Egzersizin önemi ve nasıl yapılması gerektiği konusunda hastalara eğitim verilmelidir. İş, eğlence ve spor gibi boş zaman etkinliklerine yönelik öneriler sunulmalıdır. Aktivite sırasında, yorucu aktivitelerde, örneğin yokuş çıkarken veya merdiven çıkarken, düzenli dinlenme aralarının ne kadar önemli olduğu hakkında bilgi verilmelidir (Özer, 2019).

2.8.3.6. Bağışıklama

Kalp yetmezliği olan bireylerde öz bakım büyük bir öneme sahiptir. Kişisel hijyen önlemleri, özellikle diş fırçalama, düzenli el yıkama ve aşıların düzenli olarak yapılması, enfeksiyonlara karşı koruyucu bir rol oynar. Bu önlemler, KY olan kişilerde doku iskemisi gibi ciddi sağlık sorunlarını önlemede yardımcı olabilir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2018). İnfluenza enfeksiyonu KY hastalarında ciddi olumsuz etkilere neden olabilir. Yıllık influenza aşısı, kronik kalp yetersizliği olan kişilerde tekrarlayan hastane yatışlarını ve genel ölüm riskini azaltmada etkili bir önlem olarak görülmektedir. Bu aşı, kalp yetmezliği olan bireylerde sekonder koruma sağlama konusunda önemli bir rol oynar (Çelik vd., 2018). Nezle veya grip gibi bulaşıcı hastalığı olan kişilerle temas etmekten kaçınılmalıdır. Bu konuda hastalar bilinçlendirilmelidir (Özer, 2019).

Bir epidemiyolojik çalışmada, 60 yaş üzeri yetişkinlerde pnömoni için en büyük risk faktörünün kalp hastalıkları olduğu ve kalp hastalıklarının içinde en yüksek riskin kronik kompanse kalp yetersizliğinden olduğu bulunmuştur. KY hastaları birden fazla sebepten dolayı ciddi pnömoni riski taşımaktadır (Çelik vd., 2018). Pnömoni aşısı, özellikle kış aylarında kalp yetersizliği olan bireylerde olumlu sonuçlar göstermektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2018). Bu bilgiler ışığında güncel kılavuzlara uygun olarak influenza ve pnömokok aşılarının alınmasının, KY olan kişiler için önemini anlatmak gerekmektedir (Özer, 2019).

2.8.3.7. Hasta ve Hasta Yakını Eğitimi

Kalp yetmezliği kalıcı bir durum olduğundan, hastaların kalp yetersizliği ile ilgili bilgiye sahip olması hem hastalık yönetimine katılımın artırılmasında hem de tedaviye uyumun sağlanmasında rol oynar (Türk Kardiyoloji Derneği Yol Haritası, 2022). Hasta eğitimi, hemşirelerin önemli roller üstlendiği bir süreçtir. Bu eğitimler sayesinde hastalığa uyum sağlama, ilaç kullanımı ve yaşam kalitesi artırılabilir; tekrarlı hastane yatışları azaltılabilir ve bu yaygın hastalığın ekonomik etkisi hafifletilebilir (Enç ve Yıldız Ayvaz, 2021).

Hemşire hasta eğitim planlaması yaparken, aile ile uzun vadeli gereksinimleri belirlemeli ve hedefleri adım adım gerçekleştirmek için kısa vadeli planlar yapmalıdır. Aile-hasta-hemşire ilişkisi sadece kurallara dayanan veya anlık değil, düzenli ve işbirlikçi olmalıdır. Genel olarak, hemşirenin amacı, herhangi bir durumda ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan hastanın ve ailesinin en iyi sağlık durumuna ulaşmalarına ve bu durumu sürdürmelerine yardımcı olmaktır (Korkmaz ve Aydın Avcı, 2018).

Kalp yetmezliği olan hastalar için eğitimin ilk aşaması, kalbin işleyişi, kalp yetersizliğinin nedenleri, semptomları, prognozu ve ilaç tedavisi hakkında temel bilgileri içerir. Aynı zamanda, yaşam tarzı değişikliklerine odaklanılır: eğer varsa kilo fazlalığının azaltılması, sigara kullanımının bırakılması, alkol alımının sınırlandırılması veya kesilmesi, stresle başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi ve düzenli sağlık kontrollerinin önemi vurgulanır (Enç ve Yıldız Ayvaz, 2021). Hastaların KY konusunda eğitilmesi, semptomları ve vücut ağırlığını takip etmeleri ve tedaviye katılmaları, ilaç ve diyet düzenlerine daha iyi uyum sağlamalarını sağlayabilir. Bu eğitim, hastaların belirtileri daha erken tanımalarını ve dolayısıyla gerekli tedavi

değişikliklerini daha hızlı yapmalarını sağlayarak hastaneye yatışları azaltabilir ve hastanede kalış sürelerini kısaltabilir (Türk Kardiyoloji Derneği Yol Haritası, 2022).

Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2016 tarihli klavuzundan aktarıldığına göre, KY yönetimi için hastalara verilecek eğitimin içeriğinde; hastalığın tanımı, belirtiler ve bulgular, nedenleri, takip ve öz bakım yönetimi, ilaç tedavisi, ICD, planlanan cerrahi müdahaleler, alkol ve sigara tüketimi, aşılama, diyet uyumu, hareket, seyahat, cinsel yaşam, boş zaman aktiviteleri, düzenli uyku gibi konular yer almaktadır (Enç ve Yıldız Ayvaz, 2021). Hemşire, sağlık kurumlarında veya taburculuk sürecinde evde, kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aktif bir rol üstlenir (Korkmaz ve Aydın Avcı, 2018). Hastanın genel durumu, invaziv tedaviler, anksiyete problemleri, ilaç tedavisi ve bilinç seviyeleri gibi değişkenler, hastanın bakım planı ve taburculuk sürecinde göz önünde bulundurulması gereken kriterlerdir. Taburculuk süreci, hemşirenin eğitici rolünü ön plana çıkarır. Bu bağlamda, hasta ve aile üyelerinin taburculuk eğitimini alması, hastanın rehabilitasyonu, komplikasyonların önlenmesi ve bakımın devam ettirilmesi açısından son derece önemlidir (Taylan, 2021).

2.9. Kalp Yetersizliği ve Öz Bakım

Sağlıklı olma ve sağlığın devamını sağlama, sağlık ekibinin vazifesi kadar bireylerin de sorumluluğunu gerektirmektedir. Bireylerin hastalıklardan korunması, sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesinde kendi bakımına dikkat etme kavramı önemli bir rol oynamaktadır (Sarı ve Yılmaz, 2020). Kişinin bakım alışkanlıkları, kişisel eğitim, deneyim ve bireysel ilgi ile gelişmektedir. Bu artan alışkanlıklar bireyin sağlık ve refahını etkilemektedir (Demirtürk Selçuk, 2019). Dorothea E. Orem'in kuramı olan öz bakım, ilk kez 1956'da tanımlanmış ve geliştirilerek 1959'da ilk kez yayınlanmıştır (Sarı ve Yılmaz, 2020). Öz bakım, bireylerin yaşamlarını, sağlıklarını, gelişimlerini ve refahlarını devam ettirmek için bilinçli bir şekilde yerine getirmeleri veya başkaları tarafından yerine getirilmesi gereken düzenleyici ve eylemsel faaliyetlerin bütünüdür. Öz bakım, bilinçli bir şekilde öğrenilerek zaman içinde bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak gerçekleştirilmesi gereken bir süreçtir (Demirbağ, 2021).

Orem, temel öz bakım gereksinimlerini; evrensel öz bakım gereksinimi, gelişimsel öz bakım gereksinimi ve genel durumun bozulması durumlarında öz bakım gereksinimi olmak üzere üç kategoride incelemiştir. Evrensel öz bakım gereksinimi; bireylerin yapı

ve işlev bütünlüğünü sürdürmek ve yaşam döngüsünün her aşamasında gereken; su, hava, beslenme, boşaltım, aktivite, sosyal etkileşim ve insanî gelişim gibi ihtiyaçlardır (Sarı ve Yılmaz, 2020). Gelişimsel öz bakım gereksinimleri; bireyin yaşam sürecinin farklı dönemlerinde ortaya çıkan gereksinimler, (bebeklik, doğum süreci v.b) gelişimsel süreçler için özelleştirilmiş evrensel öz bakım gereksinimleridir (Demirbağ, 2021). Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimi ise; bireylerin hayatlarında karşılaştıkları yaralanma, hastalık veya rahatsızlık gibi durumlarda farklı öz bakım ihtiyaçlarının doğuşuna dayanmaktadır (Sarı ve Yılmaz, 2020).

Öz bakım, hastalık semptomları ortaya çıktığında hastanın nasıl başa çıkacağına karar verebilmesi, başkalarına bağımlı olmadan kendi sağlığından sorumlu olabilmesidir. Öz bakımın yeterliliği KY hastalarının tedavisinde önemli adımlardan biridir (Bayrak vd., 2019). KY olan hastaların tedavi ve bakımı, hastaların öz bakımlarını sağlamaları, çeşitli tedavilere uyum göstermeleri, yaşam tarzı değişikliklerini içeren uygun eylem planlarını uygulamaları ve semptomların izlenmesi temeline dayanmaktadır (Cin vd., 2021). KY tedavi rehberleri, hastaların en iyi sonuçları elde etmek için KY öz bakım stratejilerini uygulama gerekliliğini vurgulamaktadır (Akdeniz ve Canlı Özer, 2021). KY olan bir bireyin, hastalığa özgü semptomları tanıyabilmesi, yaşam tarzıyla semptomların şiddeti ve sıklığı arasındaki ilişkiyi kurabilmesi, tıbbi tedavi ve yaşam tarzı değişikliği önerilerini uygulayabilmesi gibi hastalıkla ilişkili öz bakım becerilerini kazanması, hastalığa uyumu sağladığının göstergelerinden biri olarak kabul edilebilmektedir (Şabanoğlu vd., 2023).

Kalp yetmezliği hastalarında öz bakım, iyileştirilmiş hasta sonuçlarıyla ilişkili bir dizi sağlık alışkanlığını içeren bir kavramdır. KY’de öz bakım davranışları ilaç kullanımı, egzersiz, diyet, kilo kontrolü, sıvı yönetimi, semptomları tanıma ve yönetmeyi içermektedir (Akdeniz ve Canlı Özer, 2021). KY’de semptomları ve tedaviyi yönetmek için hastanın yaşam tarzında değişiklik yapması gerekmekte ve bu değişikliklerin yeterince uygulanmaması durumunda bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Doğu Kökçü ve Tiryaki, 2020). Buna karşın, birçok hasta bu davranışları başarıyla veya güvenilir bir şekilde uygulayamaz (Akdeniz ve Canlı Özer, 2021).

Kalp yetmezliği hastalarının bağımsızlık durumlarını ve bakım gereksinimlerini belirlemede hemşireler önemli bir rol üstlenmektedir. Çağdaş hemşirelik rollerinden

biri olan bakım verici rolü, bireye özgü hemşirelik bakımını planlama konusunda KY hastalarını bütüncül olarak değerlendirmeyi gerektirir (Doğu Kökçü ve Tiryaki, 2020). Hemşire, hastanın öz bakımını değerlendirebilmeli, bu bakımı etkileyen etmenleri belirlemeli ve hastanın öz bakım davranışlarını desteklemelidir (Bayrak vd., 2019). Hastane yatışlarının önlenmesi ve en iyi hasta sonuçlarının elde edilmesi için öz bakım önerilerine uyum önemlidir (Akdeniz ve Canlı Özer, 2021). Hastanede yatan KY hastalarının bakım gereksinimlerini belirlemek, hastanın taburcu edilmeden önce alacağı hemşirelik bakımına rehberlik etmede önemli bir adım olarak düşünülmektedir (Doğu Kökçü ve Tiryaki, 2020). Hemşirenin hastaya yeterli öz bakım desteği sağlaması, hastanın kaygısını azaltma, tedavinin olumlu sonuçlarını artırma, hastane yatışlarını azaltma ve hastalığın ekonomik yükünü azaltma konusunda etkili bir strateji olabilir (Bayrak vd., 2019).

2.10. Kalp Yetersizliği Hastalarında Sosyal Destek

Sosyal sağlık, bireyin tatmin edici ve anlamlı ilişkiler kurma yeteneği, sosyal durumlara uyum sağlama yetisi ve diğer insanlar, kurumlar ve hizmetlerden algılanan destek ve etkileşimlerini içermektedir. Sosyal sağlık genellikle sosyal izolasyon, sosyal destek ve yalnızlık kavramlarına ayrılır. Sosyal izolasyon, diğer insanlarla olan sosyal ilişkilerin eksikliği veya seyrek sosyal temasın objektif bir ölçüsüdür, yalnızlık izole olduğunu hissetmenin subjektif olumsuz bir duygusudur (Freak- Poli vd., 2021). Sosyal destek ise bireylerin bir topluluğa ait olduklarına, bu gruptan ilgi gördüklerine, sevildiklerine ve değerli olduklarına inanmalarını sağlayan durumu ifade etmektedir (Çetinkaya ve Korkmaz, 2019). Kavram, teorik olarak Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve davranış tanımına dayanır. Lewin'e göre, davranış psikolojik çevrede olan bir değişimdir ve psikolojik çevrenin bütün unsurları kişinin fiilini etkiler. Bu bağlamda, olumsuz davranışları ortadan kaldırmak ve yeni davranışlar kazandırmak için kişinin psikolojik çevresinde değişiklik yapılması gerektiği vurgulanır. Kişinin psikolojik çevresinin bir parçasını sosyal destek sistemleri oluşturur (Çetinkaya ve Korkmaz, 2019). İnsanlar için büyük bir psikolojik stres kaynağı fiziksel sağlıklarıdır. Sosyal ve aile desteğinin yaşam kalitesini belirleyen bir kriter olması, hasta refahına ve duygusal dengeye katkıda bulunmaktadır (Wenn vd., 2022). Sosyal desteğin, doğrudan ve dolaylı olarak hem sağlığı artırıcı hem de hayatta kalımı iyileştirici birden fazla yol üzerinden etki ettiği bilinmektedir (Kaiser vd., 2019).

Kalp yetmezliği bir kişinin yaşamının tüm alanlarında yoğun bir değişiklik yaratır; bu hastalık hastanın yeni yaşam tarzlarını benimsemesini, yeni ve karmaşık tedavileri kabul etmesini ve yaşamını yeni durumlarına adapte etmesini gerektirir (Olana-Lizarraga vd., 2023). KY olan hastaların ekonomik, fiziksel ve duygusal stresler nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir (Sabetsarvestani vd., 2022). Dispne ve yorgunluk gibi semptomların yüksek yaygınlığı, sosyal belirleyiciler ve psikososyal faktörlerle birlikte, KY olan bireylerin uygun sosyal yaşamı sürdürmelerini, sosyal etkinliklere katılmalarını ve yakın aile ortamının ötesinde ilişkilerini sürdürmelerini kısıtlamaktadır (Olana- Lizarraga vd., 2023). Bu hastalık, sadece kişinin konforunu etkilemekle kalmaz, aynı zamanda yaşam düzenini, mesleğini, sosyal iletişimi ve gelir seviyelerini de etkileyebilmektedir (Sabetsarvestani vd., 2022). Bakım desteği olarak tanımlanabilecek doğrudan destek eylemlerine ek olarak, sosyal destek, sağlıklı davranışları modelleme gibi istem dışı desteklerle çalışabilir ve stres faktörlerine yanıtı dengeleyen duygusal kaynakları içeren dolaylı yollarla da etki edebilir (Kaiser vd., 2019).

Yapılan çalışmada, destek algısının, hastaların duygusal olarak tanılarına daha iyi uyum sağlamasına neden olduğu ve bu nedenle tedavi planlarına daha fazla motivasyon ve uyum sağladığı ortaya çıkarılmıştır (Wenn vd., 2022). Bir kişinin sağlığı ve gelişimi büyük ölçüde, toplumun sosyal etkinliklerine katılımı, kendine bakma yeteneği, yaşamlarının koşulları üzerindeki kontrol düzeyi ve mahalle, topluluk ve toplumla olan ilişkisinin bağlamıyla belirlenir (Olana- Lizarraga vd., 2023). Sosyal desteğin KY olan hastalarda hastane tekrar yatışlarını azaltmada, mortaliteyi iyileştirmede ve bildirilen depresyon seviyelerini azaltmada etkili olduğu grlmştr (Wenn vd., 2022). Bu nedenle KY hastalarının geniş ve anlamlı sosyal ağlar geliştirmeleri ve sosyal ilişkilerinin tadını çıkarmaları son derece önemlidir. Dolayısıyla sağlık profesyonelleri KY hastalarının bu ilişkileri kurmalarına veya gclendirmelerine yardımcı olmalıdır. (Olana- Lizarraga vd., 2023).

2.11. Kalp Yetersizliğinde Hemşirenin Rolü

Sağlık hizmetlerinin ve hemşirelik bakımının önemli hedeflerinden biri, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkla baş etme becerilerinin, bağımsızlıklarının ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesidir (Hakverdioğlu Yönt, 2023). Hemşireler, kronik hastalığı

olan bireylerin uzun süreli ihtiyaçlarını belirlemek için aile ile iletişim kurmalı, öncelikle kısa vadeli hedefleri gerçekleştirmeli ve planlamalar yapmalıdırlar. Hemşirelerin odak noktası, herhangi bir durumda ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaşayan, kendi başına yetemeyen bireyin ve ailesinin en yüksek sağlık seviyesine ulaşması ve sürdürmesine yardımcı olmaktır (Korkmaz ve Avcı, 2018).

Kronik hastalığı olan bireylerde hemşirelik bakımının temel amacı, kişinin güçsüzlük veya yetersizlik durumunu en aza indirgeyerek maksimum düzeyde fonksiyonel kapasiteye erişmesini sağlamak, optimal sağlık durumunu sürdürmek ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirebilmesini sağlayarak bakım bağımlılığı düzeyini azaltmaktır (Hakverdioğlu Yönt, 2023). Hemşirelerin bakım planlama ve uygulama sürecinde kuram ve modellerden faydalanması, hemşirelik bakımının kalitesinin yükseltilmesi ve holistik bakımın sağlanması açısından büyük bir önem taşımaktadır (Deniz Akan ve Dedeli aydan, 2023). Hemşirelik modelleri, uygulamalı bir disiplin olan hemşireliğin bilimsel bir zemine oturtulmasına ve hastalara bütüncül bir perspektifle yaklaşılmasına rehberlik eder (Avcı vd., 2022).

Kalp yetmezliği bakımında hemşirelik sürecinin kullanımı önemlidir; bu süreç kuram ve modellerle sentezlendiğinde hastanın ihtiyaçları daha sistemli bir şekilde belirlenmektedir (Avcı vd., 2022). KY, yüksek hastalık ve ölüm oranlarına, yoğun semptom yüküne ve hastanede kalım sıklığının artmasına neden olan kritik bir problemdir ve bakım ihtiyacı sürecinin uzun olmasını gerektirir. İhtiyaç duyulan bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşire önemli bir rol oynamaktadır (Deniz Akan ve Dedeli aydan, 2023). KY, fiziksel ve psikososyal sorunlar yaratan karmaşık bir klinik durum olduğundan hastalığın kontrolü ve yönetimi zor olabilir. Bu nedenle, hemşireler bütünel bir yaklaşımla hastaların fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve spiritüel ihtiyaçlarını belirlemeli ve bu doğrultuda hemşirelik müdahaleleri planlamalı ve gerçekleştirmelidir (Avcı vd., 2022). KY'de hemşirelik bakımının temel amacı, hastalık belirtilerini azaltılmasının sağlanarak hastaların fonksiyonel kapasitelerini artırmak, farmakolojik tedavinin etkinliğini değerlendirmek, komplikasyonları önlemek, hastane yatış oranlarını azaltmak, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmeyi sağlamaktır (Deniz Akan ve Dedeli aydan, 2023; Türksen Ülkü ve Ünsar, 2022).

Hemşireler, hastalığın çoklu disiplinli yönetiminde kilit bir rol oynarlar ve hastalığın seyrinde çeşitli bakım becerilerini hem acil dönemde hem de uzun vadeli olarak kullanırlar (tanı, tedavi, izleme, sosyal destek, eğitim, danışmanlık, palyatif ve yaşam sonu bakımı). KY olan bir hastada, tıbbi ve hemşirelik öyküleri, fiziksel muayene, hemodinamik izlem ve tanısal testler gibi verilerin analizi ve yorumlanması sonucunda hemşirelik tanıları belirlenir ve uygun müdahaleler planlanır (Enç ve Yıldız Ayvaz, 2021). KY durumunda hastaya yönelik belirlenebilecek hemşirelik tanıları arasında şunlar yer alabilir: kalp debisinde azalma, gaz alışverişinde bozulma, sıvı volüm fazlalığı, aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, sıvı-elektrolit dengesizliği, anksiyete/ korku, uyku biçiminde bozulma, deri bütünlüğünde bozulma riski ve yaralanma riski olarak söylenebilir (Enç ve Yıldız Ayvaz, 2021).

Kardiyoloji hemşireleri, bakım verici rolünün yanı sıra, KY olan hastaların psikolojik ve sosyal zorluklarını belirleyerek etkili bir hemşirelik bakım planı hazırlanmalıdır (Türksen Ülkü ve Ünsar, 2022). Hemşirelik bakımıyla beraber hastaya kilo kontrolü, egzersizlerle ilgili, tuz ve besinlerin hakkındaki farkındalıklar ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili birçok eğitimler verilmelidir (Nasrallah, 2023). Hemşirelerin karşılaştıkları her hasta için kardiyak risk faktörleri hakkında eğitim vermesi ve hastalara rehberlik ederek bakım ve tedavi süreçlerine yardımcı olması oldukça önemlidir (Taylan, 2021).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Betimleyici ve kesitli tipte yapılan araştırmamız, kardiyoloji yatan hasta servisinde tedavi gören ve kardiyoloji polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastalarda bilgi düzeylerinin, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Bu araştırma, etik kurul izni alınarak, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kardiyoloji servisi ve polikliniğindeki hastalar ile Temmuz 2022- Şubat 2023 tarihleri aralığında uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın yapılacağı kurumda ve zaman kesitinde araştırma kriterlerini karşılayan hastalardan oluşan örneklem, evreni bilinmeyen örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Çalışmaya alınacak minimum hasta sayısı 384 olarak hesaplanmıştır, ancak veri kayıpları göz önüne alındığında uygun kriterlere sahip 401 hasta veri toplama sürecine dahil edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü: Evren içindeki kişi sayısı (n) bilinmediğinden, örneklem büyüklüğü $n = t \cdot p \cdot q / d^2$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Bu hesaplama için $p = 0,50$, $q = 0,50$, $t = \alpha = 0,05$ için 1,96, $d = \%95$ güven aralığı için 0,05 değerleri temel alınmıştır. Örneklem sayısı, hesaplamada 384 olarak bulunmuştur (Özdamar, 2003).

n: Örneklem için belirlenmiş olan kriterleri karşılayanların toplam sayısı

p: İncelenen durumun gözlenme olasılığı

q: İncelenen durumun gözlenmeme olasılığı

t: Belirli serbestlik derecesi ve yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Durumun gözlenme olasılığına göre \pm sapma miktarı

Dahil Edilme Kriterleri;

- i. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi,
- ii. 18 yaşını doldurmuş olması,
- iii. Soruları anlayıp cevap verebilecek bilişsel nitelikte olması,
- iv. Görme veya işitme probleminin olmaması,
- v. Psikiyatrik probleminin olmaması,
- vi. Kalp yetersizliği tanısı almış olup, New York Kalp Derneği'nin Sınıflandırma Sistemi'ne (NYHA) göre kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfının NYHA II, NYHA III veya NYHA IV olması (NYHA II: Aktivitede hafif kısıtlanma; dinlenme sırasında rahat ancak olağan harekette belirtiler var, NYHA III: Harekette belirgin kısıtlanma; dinlenme sırasında rahat ancak normalden daha az fiziksel aktivitede yorgunluk, çarpıntı, dispne var, NYHA IV: Rahatsızlık duyulmadan hareket edememe, dinlenme esnasında belirtiler, herhangi bir hareketi yaparken rahatsızlıklara yol açmaktadır.)

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama seti, “*Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği (Ek 2), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 3), Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi (Ek 4)*” nden oluşmaktadır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmadaki katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve kalp yetersizliği durumlarına ilişkin özellikler, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, meslek, gelir düzeyi, kronik hastalıklar, sigara kullanımı, alkol alımı, hastalığın evresi ve önceden hastanede yatış durumu hakkında sorular bulunmaktadır.

3.4.2. Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği (Ek 2)

Van der Wal ve ekibinin yaptığı çalışmada, 2005 yılında kalp yetersizliği teşhisi konulan hastaların diyet, sıvı kısıtlanması ve semptom tanıma gibi özel bilgilerin yanı sıra genel hastalık bilgisini ölçen Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği (DKYBÖ) geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği, Çitlik Sarıtaş ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek, doğru cevaplar için 1 puan ve yanlış cevaplar için 0 puan verilen toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçek hastanın kalp yetersizliği bilgisini gösteren tek alt boyut ile değerlendirilmektedir. Ölçekten 0-15 arasında puan

alınmaktadır. Tersten kodlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır. Herhangi bir kesme puanı yoktur. Yüksek puan bilgi düzeyinin yüksek, düşük puan ise düşük bilgi düzeyini göstermektedir. Ölçek için bulunan iç tutarlılık katsayısı 0,70 ile 0,82 arasında bulunmuştur. (Çitlik Sarıtaş ve ark., 2020). Bu değer çalışmada 0,62 bulunmuştur.

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 3)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), üç farklı kaynaktan gelen sosyal desteğin öznel olarak değerlendirildiği, pratik kullanıma uygun, kısa bir ölçektir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaşlar ve özel bir kişiden alınan desteği içerir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Eker Doğan ve ekibi (2001) tarafından incelenmiş ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,80 ile 0,95 arasında değişmiştir. ÇBASDÖ, toplamda 12 sorudan oluşur ve bu sorular, aile, arkadaşlar ve özel bir kişiden alınan desteği içeren 3 alt grup altında yer almaktadır. Ölçek maddeleri, 7'li likert tipi kullanılarak değerlendirilmiştir. Her alt boyutta yer alan maddelerin puanları toplanarak alt boyut puanı ve 3 alt boyutunun puanlarının toplanmasıyla da ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilen puanlar; en düşük 4 puan, en yüksek 28 puandır. Tüm ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kişilerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve ark., 2001). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,96 olduğu saptanmıştır. Ayrıca, alt boyutlar için Aile Desteği'nin 0,90, Arkadaş Desteği'nin 0,88 ve Özel Kişi Desteği'nin 0,87 olduğu bulunmuştur.

3.4.4. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi (Ek 4)

Kalp yetersizliği hastalarının kendi bakımlarını değerlendirmek amacıyla Riegel ve ekibinin (2000) geliştirdiği ve 2009'da ikinci kez güncellenen ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenilirlik çalışması, Mert ve arkadaşları (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi (KYÖBİ), Öz Bakım Sürdürme (10 madde), Öz-Bakım Yönetimi (6 madde) ve Öz Bakımı Sağlamada Kendine Güven (6 madde) olmak üzere üç alt boyut içerir ve toplamda 22 maddeden oluşur. İndeksin Öz Bakımı Sürdürme alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,79, Öz Bakım Yönetimi alt boyutunun 0,63 ve Öz Bakımı Sağlamada Kendine Güven alt

boyutunun 0,85 olduğu bulunmuştur. Her bir alt boyutun skoru ayrı ayrı hesaplanır ve 0 ile 100 arasında standartlaştırılır (Mert ve ark., 2013). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,95 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, alt boyutlar için Öz Bakım Sürdürme'nin 0,87, Öz Bakım Yönetimi'nin 0,86 ve Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven'in 0,93 olduğu bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Katılımcıların kalp yetersizliği hakkında bilgi düzeyleri, sosyal destek düzeyleri ve öz bakım yönetimi

Bağımsız değişkenler: Katılımcıların sosyodemografik ve hastalığa ait özellikleri

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi, SPSS 25 paket programı kullanılarak nicel verilerin istatistiksel analizi yapılmıştır. Değişkenlerle ilgili tanımlayıcı istatistikler, sayılar, yüzdeler, aritmetik ortalamalar ve standart sapmalar şeklinde sunulmuştur. Test edilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadığı, Kolmogorov-Smirnov analiz yöntemiyle incelenmiştir. İkili bağımsız değişkenler için analizde Mann-Whitney U testi, iki veya daha fazla bağımsız değişken için ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Nicel veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımlı değişkeni etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, %95 güven düzeyinde ve %5 anlamlılık seviyesinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan onay alınmıştır. Kurumun izni ardından, çalışmanın amacını açıklayarak hastalara bilgi verilmiş ve gönüllü katılım için bilgilendirilmiş onam formları imzalatılarak veri toplanmıştır. Ayrıca, ölçeklerin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliğini değerlendiren kişilerden izinler alınmıştır. Araştırma, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik standartlara uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler gönüllü olarak dahil edilmiş ve bu kişilerin bilgilerinin gizliliği korunmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, literatürdeki boşluğu doldurarak, kalp yetersizliği hastalarının bilgi düzeyi, öz bakım becerileri ve sosyal desteği üzerine az bilinen veya daha önce incelenmemiş bir konuyu ele almaktadır. Çalışma, elde edilen bulguları kullanarak, kalp yetersizliği hastalarının daha etkili bir şekilde yönetilmesi için klinik uygulamalara yönelik öneriler geliştirmektedir. Bu öneriler, hastaların bilgi seviyelerini artırmak, öz bakım becerilerini güçlendirmek ve sosyal destek ağlarını genişletmek gibi pratik stratejileri içermektedir.

Araştırmanın temsil gücü, örneklemdaki belirli grubun (NYHA evre I) eksikliği nedeniyle ve kullanılan veri toplama formlarının öz bildirim dayalı olarak toplanmasından ötürü sınırlı olarak kabul edilebilir. Araştırmadan elde edilen veriler çalışmaya katılan İstanbul'daki Avrupa yakasında yer alan bir kamu hastanesinin yalnızca kardiyoloji servisinde tedavi gören ve kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların görüşleri ile sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerini İçeren Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 53,01±12,27 yıl olup %60,6'sı erkek, %85,8'i evli, %38,2'si lise mezunu %59,4'ü herhangi bir işte çalışmıyor, %89,3'ünün geliri giderine denk ve %54,9'u eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=401)

| | | Ort±Ss | Min-Max (Median) |
|----------------------------------|-----------------------|-------------|------------------|
| Yaş (Yıl) | | 53.01±12.27 | 20-90 (52) |
| | | n | % |
| Cinsiyet | Kadın | 158 | 39.4 |
| | Erkek | 243 | 60.6 |
| Medeni Durum | Evli | 344 | 85.8 |
| | Bekar | 57 | 14.2 |
| Eğitim Durumu | Okur-yazar değil | 3 | 0.7 |
| | Okur-yazar | 28 | 7.0 |
| | İlköğretim | 131 | 32.7 |
| | Lise | 153 | 38.2 |
| | Üniversite ve üzeri | 86 | 21.4 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 163 | 40.6 |
| | Çalışmıyor | 238 | 59.4 |
| Gelir Durumu | Geliri Giderden Düşük | 43 | 10.7 |
| | Geliri Gidere Denk | 358 | 89.3 |
| Birlikte Yaşadığı Kişiler | Eşi | 125 | 31.2 |
| | Eşi ve çocukları | 220 | 54.9 |
| | Yalnız yaşama | 37 | 9.2 |
| | Diğer | 19 | 4.7 |

Hastaların kalp yetersizliği tanısı süresi ortalaması 41,78±29,01 ay olup kalp yetersizliği ile hastaneye yatış sayısı ortalaması 2,51±1,91, %75,6'sı 2.evre kalp yetersizliği tanısı konmuş, %80,8'i sigara içmemekte, %99,3'ü alkol kullanmamakta,

%99'unun ek kronik hastalığı bulunmakta, %52,7'si gözlük-lens kullanmakta, %14,2'si düzenli egzersiz yapmakta ve %48,6'sı kalp yetersizliğine bağlı hastaneye yatmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=401)

| | | Ort±Ss | Min-Max (Median) |
|---|---------------------|------------|------------------|
| Kalp Yetersizliği Tam Süresi (Ay) | | 41.78±29.1 | 1-216 (36) |
| Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatış Sayısı | | 2.51±1.91 | 1-10 (2) |
| | | n | % |
| Kalp Yetersizliği Hastalık Sınıflaması | Sınıf 2 | 303 | 75.6 |
| | Sınıf 3 | 84 | 20.9 |
| | Sınıf 4 | 14 | 3.5 |
| Sigara Kullanım Durumu | Evet | 77 | 19.2 |
| | Hayır | 324 | 80.8 |
| Alkol Kullanım Durumu | Evet | 3 | 0.7 |
| | Hayır | 398 | 99.3 |
| Ek Kronik Hastalık Olma Durumu | Evet | 155 | 38.7 |
| | Hayır | 246 | 61.3 |
| Kronik Hastalıklar* | Hipertansiyon | 91 | 58.0 |
| | Diyabet | 91 | 58.0 |
| | Kanser | 3 | 1.9 |
| | Böbrek Hastalıkları | 31 | 19.7 |
| | Diğer** | 26 | 16.6 |
| Kullanılan Protezler | Takma Diş | 22 | 19.6 |
| | Kalp Pili | 57 | 50.9 |
| | Gözlük-Lens | 59 | 52.7 |
| | İşitme Cihazı | 278 | 1.8 |
| Düzenli Egzersiz Yapma Durumu | Evet | 57 | 14.2 |
| | Hayır | 344 | 85.8 |
| Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu | Evet | 195 | 48.6 |
| | Hayır | 206 | 51.4 |

*Birden fazla seçenek işaretlendi, **Nörolojik hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları

4.2. Hastaların Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ölçüm Ortalamalarını İçeren Bulgular

Hastaların DKYBÖ'den aldıkları puan ortalaması $7,83\pm 2,35$ 'tir. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $58,57\pm 10,97$ olup alt boyutlarından Aile Desteği toplam puan ortalaması $19,33\pm 3,88$, Arkadaş Desteği toplam puan ortalaması $19,54\pm 3,91$, Özel Kişi Desteği toplam puan ortalaması $19,71\pm 3,63$ bulunmuştur. KYÖBİ toplam puan ortalaması $41,94\pm 17,05$ olup alt boyutlarından Öz Bakım Sürdürme toplam puan ortalaması $26,04\pm 16,2$, Öz Bakım Yönetimi toplam puan ortalaması $37,57\pm 12,35$, Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven toplam puan ortalaması $54,75\pm 22,42$ elde edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Hastaların Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ölçüm Ortalamaları (n=401)

| | | Ort±Ss | Min-Max (Median) |
|---|----------------------------------|-------------|---------------------|
| Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği | | 7.83±2.35 | 1-13 (8) |
| Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları | Aile Desteği | 19.33±3.88 | 4-28 (20) |
| | Arkadaş Desteği | 19.54±3.91 | 6-28 (20) |
| | Özel Kişi Desteği | 19.71±3.63 | 9-28 (20) |
| Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | | 58.57±10.97 | 22-84 (60) |
| Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Alt Boyutları | Öz Bakım Sürdürme | 26.04±16.2 | 0-63.33 (26.66) |
| | Öz Bakım Yönetimi | 37.57±12.35 | 0-60 (40) |
| | Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven | 54.75±22.42 | 0-100.08 (50.04) |
| Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi | | 41.94±17.05 | 0-79.97 (41.65) |

4.3. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği ortalama puanları ile cinsiyet (kadın), eğitim durumu (üniversite ve üzeri) ve birlikte yaşadığı kişiler (eşi) arasında istatistiksel anlamlılık görülmüştür ($p<0,05$). Geriye kalan bağımsız değişkenler ile DKYBÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek ve alt boyut ortalama puanları ile eğitim durumu (üniversite ve üzeri), çalışma durumu (çalışıyor), gelir durumu (geliri gidere denk) ve birlikte yaşadığı kişiler (eşi ve çocuklar) arasında istatistiksel anlamlılık görülmüştür ($p<0,05$). Geriye kalan bağımsız değişkenler ile ÇBASDÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=401)

| | | Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği | | Aile Desteği | | Arkadaş Desteği | | Özel Kişi Desteği | | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------|--------------|--------|-----------------|--------|-------------------|--------|--|--------|-----|------------|-----|-------------|
| | | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | | | | |
| Cinsiyet | Kadın | 8.22±2.46 | 0.004* | 19.02±3.81 | 0.131 | 19.35±3.79 | 0.331 | 19.59±3.51 | 0.548 | 57.96±10.58 | 0.185 | | | | |
| | Erkek | 7.57±2.25 | | 19.52±3.92 | | 19.65±3.98 | | 19.79±3.72 | | 58.96±11.22 | | | | | |
| Medeni Durum | Evli | 7.78±2.33 | 0.150 | 19.46±3.76 | 0.076 | 19.66±3.81 | 0.092 | 19.81±3.59 | 0.106 | 58.93±10.7 | 0.104 | | | | |
| | Bekar | 8.14±2.48 | | 18.49±4.46 | | 18.77±4.4 | | 19.11±3.88 | | 56.37±12.36 | | | | | |
| Eğitim Durumu | Okur-yazar değil ^a | 8±2 | 0.001* | 21.33±1.53 | 0.001* | 20.33±0.58 | 0.001* | 21±1 | 0.001* | 62.67±2.08 | 0.001* | | | | |
| | Okur-yazar ^b | 7.96±1.91 | | 16.93±3.48 | | 17.64±3.25 | | 18.5±3.24 | | 53.07±9.53 | | | | | |
| | İlköğretim ^c | 7.46±2.16 | | b<e | | 17.71±3.91 | | b<e | | 17.98±3.91 | | b<e | 18.16±3.39 | b<e | 53.85±10.65 |
| | Lise ^d | 7.55±2.49 | | c<e | | 19.84±3.47 | | b<e | | 20.04±3.6 | | b<e | 20.13±3.51 | b<e | 60.01±10.23 |
| | Üniversite ve üzeri ^e | 8.84±2.28 | | d<e | | 21.56±3.23 | | b<e | | 21.58±3.51 | | b<e | 21.64±3.29 | b<e | 64.78±9.46 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 8.05±2.4 | 0.126 | 20.43±3.12 | 0.001* | 20.61±3.43 | 0.001* | 20.55±3.17 | 0.001* | 61.59±9.29 | 0.001* | | | | |
| | Çalışmıyor | 7.68±2.31 | | 18.57±4.17 | | 18.79±4.05 | | 19.13±3.82 | | 56.49±11.56 | | | | | |
| Gelir Durumu | Geliri Giderden Düşük | 7.16±2.48 | 0.061 | 16.12±4.17 | 0.001* | 16.29±3.91 | 0.001* | 17.02±3.62 | 0.001* | 49.43±11.28 | 0.001* | | | | |
| | Geliri Gidere Denk | 7.91±2.33 | | 19.7±3.67 | | 19.92±3.73 | | 20.02±3.51 | | 59.64±10.44 | | | | | |
| Birlikte Yaşadığı Kişiler | Eşi ^a | 7.41±2.2 | 0.034* | 18.48±4.21 | 0.001* | 18.73±4.17 | 0.001* | 18.98±3.99 | 0.001* | 56.19±11.94 | 0.001* | | | | |
| | Eşi ve çocukları ^b | 8±2.35 | | a<b | | 19.99±3.37 | | a<b | | 20.19±3.45 | | a<b | 20.27±3.25 | a<b | 60.45±9.57 |
| | Yalnız yaşama ^c | 7.89±2.63 | | a<d | | 18.78±4.57 | | d<b | | 18.84±4.73 | | d<b | 19.19±3.98 | d<b | 56.81±12.83 |
| | Diğer ^d | 8.53±2.48 | | a<d | | 18.16±4.54 | | d<b | | 18.58±4.21 | | d<b | 18.95±3.94 | d<b | 55.68±12.34 |

Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği ortalama puanları ile düzenli egzersiz yapma ve Sınıf 2 kalp yetersizliği arasında istatistiksel anlamlılık görölmüştür ($p < 0,05$). Geriye kalan bağımsız değişkenler ile DKYBÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.5).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek ve alt boyut ortalama puanları ile ek kronik hastalık durumu, düzenli egzersiz yapma, Sınıf 2 kalp yetersizliği ve kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatmama arasında istatistiksel anlamlılık görölmüştür ($p < 0,05$). Geriye kalan bağımsız değişkenler ile ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.5).



Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özellikleri ile Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=401)

| | | Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği | | Aile Desteği | | Arkadaş Desteği | | Özel Kişi Desteği | | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | | | |
|--|----------------------|--------------------------------------|--------|--------------|--------|-----------------|--------|-------------------|--------|--|--------|------------|-------------|
| | | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | | |
| Sigara Kullanımı | Evet | 7.47±2.45 | 0.104 | 19.8±4.09 | 0.092 | 20.16±4.28 | 0.070 | 20.08±3.7 | 0.188 | 60.04±11.7 | 0.114 | | |
| | Hayır | 7.91±2.32 | | 19.21±3.83 | | 19.39±3.8 | | 19.62±3.62 | | 58.22±10.78 | | | |
| Alkol Kullanımı | Evet | 7.33±2.52 | 0.683 | 18.67±3.06 | 0.671 | 19±2.65 | 0.911 | 20.33±2.08 | 0.622 | 58±7.21 | 0.999 | | |
| | Hayır | 7.83±2.35 | | 19.33±3.89 | | 19.54±3.92 | | 19.7±3.64 | | 58.57±11 | | | |
| Ek Kronik Hastalık Durumu | Evet | 7.62±2.21 | 0.495 | 18.31±4.38 | 0.001* | 18.56±4.3 | 0.001* | 18.96±3.82 | 0.001* | 55.83±11.87 | 0.001* | | |
| | Hayır | 7.96±2.43 | | 19.96±3.39 | | 20.15±3.51 | | 20.17±3.44 | | 60.28±10.02 | | | |
| Düzenli Egzersiz Yapma | Evet | 8.6±2.66 | 0.001* | 21.56±3.05 | 0.001* | 21.25±3.63 | 0.001* | 21.42±3.44 | 0.001* | 64.23±9.89 | 0.001* | | |
| | Hayır | 7.7±2.27 | | 18.95±3.88 | | 19.25±3.88 | | 19.42±3.59 | | 57.63±10.87 | | | |
| Kalp Yetersizliği Hastalık Sınıflaması | Sınıf 2 ^a | 8.02±2.3 | 0.001* | 19.61±3.6 | 0.001* | 19.79±3.64 | 0.001* | 20.02±3.5 | 0.001* | 59.41±10.26 | 0.001* | | |
| | Sınıf 3 ^b | 7.42±2.42 | | a>b | | 18.2±4.53 | | a>b | | 18.44±4.45 | | 18.73±3.84 | 55.37±12.46 |
| | Sınıf 4 ^c | 6.14±2.21 | | a>c | | 20±4.54 | | 20.57±5.05 | | 18.93±4.32 | | 59.5±13.4 | |
| Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu | Evet | 7.65±2.35 | 0.122 | 18.37±4.24 | 0.001* | 18.57±4.13 | 0.001* | 18.97±3.83 | 0.001* | 55.91±11.68 | 0.001* | | |
| | Hayır | 8±2.35 | | 20.22±3.27 | | 20.45±3.45 | | 20.4±3.3 | | 61.07±9.63 | | | |

Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, p<0,05

4.4. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi ve alt boyut ortalama puanları ile medeni durum (evli), eğitim durumu (üniversite ve üzeri), çalışma durumu (çalışıyor), gelir durumu (geliri gidere denk) ve birlikte yaşadığı kişiler (eşi ve çocuklar) arasında istatistiksel anlamlılık görülmüştür ($p<0,05$). Geriye kalan bağımsız değişkenler ile KYÖBİ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi ve alt boyut ortalama puanları ile ek kronik hastalık durumu, düzenli egzersiz yapma ve kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatmama arasında istatistiksel anlamlılık görülmüştür ($p<0,05$). Öz Bakım Sürdürme alt boyutu ile Sınıf 2 kalp yetersizliği arasında istatistiksel anlamlılık görülmüştür ($p<0,05$). Geriye kalan bağımsız değişkenler ile KYÖBİ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.6: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular (n=401)

| | | Öz Bakım Sürdürme | | Öz Bakım Yönetimi | | Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven | | Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi | |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------|--------|-------------------|--------|----------------------------------|--------|------------------------------------|--------|
| | | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p |
| Cinsiyet | Kadın | 25.19±15.15 | 0.463 | 38.42±11.03 | 0.281 | 54.4±20.19 | 0.838 | 41.69±15.53 | 0.772 |
| | Erkek | 26.6±16.85 | | 37.02±13.14 | | 54.98±23.79 | | 42.1±18 | |
| Medeni Durum | Evli | 26.63±16.06 | 0.045* | 38.01±12.23 | 0.068 | 55.5±22.36 | 0.060 | 42.61±16.94 | 0.037* |
| | Bekar | 22.45±16.67 | | 34.91±12.87 | | 50.24±22.46 | | 37.91±17.31 | |
| Eğitim Durumu | Okur-yazar ^b | 28.89±20.09 | 0.001* | 41.67±10.41 | 0.001* | 87.11±8.49 | 0.001* | 54.42±11.7 | 0.001* |
| | İlköğretim ^c | 16.43±11.11 | | 31.96±11.57 | | 42.89±19.84 | | 31.71±13.93 | |
| | Lise ^d | 20.89±15.11 | | 34.16±11.98 | | 47.03±20.51 | | 35.91±15.68 | |
| | Üniversite ve üzeri ^e | 27.3±15.46 | | 38.33±11.63 | | 55.24±20.75 | | 42.97±15.75 | |
| | Üniversite ve üzeri | 34.69±16.1 | | 43.08±12.3 | | 68.4±21.48 | | 52.19±16.73 | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 30.71±16.26 | 0.001* | 40.43±11.69 | 0.001* | 61.54±20.62 | 0.001* | 47.26±16.21 | 0.001* |
| | Çalışmıyor | 22.84±15.38 | | 35.61±12.44 | | 50.11±22.46 | | 38.3±16.68 | |
| Gelir Durumu | Gelir Giderden Düşük | 16.82±16.62 | 0.001* | 30.58±15.32 | 0.001* | 40.21±23.65 | 0.001* | 30.65±18.93 | 0.001* |
| | Gelir Gidere Denk | 27.15±15.81 | | 38.41±11.7 | | 56.5±21.65 | | 43.3±16.32 | |
| Birlikte Yaşadığı Kişiler | Eşi ^a | 22.8±16.24 | 0.001* | 34.08±12.75 | 0.001* | 49.73±23.23 | 0.001* | 37.65±17.4 | 0.001* |
| | Eşi ve çocukları ^b | 28.54±15.55 | | 40.2±11.41 | | 58.53±21.15 | | 45.2±16.08 | |
| | Yalnız yaşama ^c | 25.49±18.71 | | 35.95±13.58 | | 52.59±21.2 | | 40.48±18.17 | |
| | Diğer ^d | 19.47±13.16 | | 33.16±11.08 | | 48.28±26.6 | | 35.25±16.07 | |

Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, p<0,05

Tablo 4.7: Hastaların Hastalık Özellikleri ile Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular (n=401)

| | | Öz Bakım Sürdürme | | Öz Bakım Yönetimi | | Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven | | Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi | |
|--|----------------------|-------------------|---------------|-------------------|--------|----------------------------------|--------|------------------------------------|--------|
| | | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p | Ort±Ss | p |
| Sigara Kullanımı | Evet | 27.83±18.9 | 0.382 | 37.86±13.87 | 0.882 | 57.04±24.24 | 0.304 | 43.62±19.78 | 0.307 |
| | Hayır | 25.61±15.49 | | 37.5±11.99 | | 54.21±21.97 | | 41.54±16.35 | |
| Alkol Kullanımı | Evet | 30±13.33 | 0.602 | 40±8.66 | 0.507 | 66.72±19.26 | 0.260 | 48.31±11.66 | 0.468 |
| | Hayır | 26.01±16.23 | | 37.55±12.38 | | 54.66±22.44 | | 41.89±17.09 | |
| Ek Kronik Hastalık Durumu | Evet | 22.66±15.51 | 0.001* | 35.45±12.48 | 0.001* | 49.86±22.46 | 0.001* | 38.08±16.9 | 0.001* |
| | Hayır | 28.17±16.29 | | 38.9±12.11 | | 57.84±21.88 | | 44.37±16.72 | |
| Düzenli Egzersiz Yapma | Evet | 36.49±15.52 | 0.001* | 44.21±11.56 | 0.001* | 68.67±19.13 | 0.001* | 53.55±14.89 | 0.001* |
| | Hayır | 24.31±15.67 | | 36.47±12.15 | | 52.45±22.11 | | 40.02±16.64 | |
| Kalp Yetersizliği Hastalık Sınıflaması | Sınıf 2 ^a | 26.91±15.9 | 0.035* a>b | 38.37±11.9 | 0.392 | 55.67±21.42 | 0.080 | 42.91±16.48 | 0.055 |
| | Sınıf 3 ^b | 22.18±16.04 | | 35.42±12.62 | | 50.83±24.32 | | 38.12±17.47 | |
| | Sınıf 4 ^c | 30.47±20.46 | | 33.21±18.04 | | 58.38±29.88 | | 43.79±23.85 | |
| Kalp Yetersizliği Hastalığına Bağlı Hastaneye Yatma Durumu | Evet | 22.19±15.83 | 0.001* | 35.21±12.58 | 0.001* | 49.84±22.68 | 0.001* | 37.75±17.11 | 0.001* |
| | Hayır | 29.69±15.72 | | 39.81±11.74 | | 59.41±21.2 | | 45.9±16.05 | |

Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, p<0,05

4.5. Hastaların Yaş, Kalp Yetersizliği Tanı Süresi, Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatış Sayısı, Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek ve Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi ile ilgili Korelasyon Analizi Bulguları

Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği ile yaş ($r=-,117$, $p<0,05$) arasında negatif yönde; Aile Desteği ($r=,179$, $p<0,01$), Arkadaş Desteği ($r=,190$, $p<0,01$), Özel Kişi Desteği ($r=,251$, $p<0,01$), ÇBASDÖ ($r=,213$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Geriye kalan değişkenler ile DKYBÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları ile yaş ve kalp yetersizliği tanı süresi arasında ters yönde; KYÖBİ ve alt boyutları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi ve alt boyutları ile yaş ve kalp yetersizliği tanı süresi arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Hastaların Yaş, Kalp Yetersizliği Tanı Süresi, Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatış Sayısı, Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek ve Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi ile ilgili Korelasyon Analizi Bulguları (n=401)

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 1. Yaş | r | 1 | | | | | | | | | | | |
| | p | . | | | | | | | | | | | |
| 2. Kalp Yetersizliği Tanı Süresi | r | .412* | 1 | | | | | | | | | | |
| | p | .000 | . | | | | | | | | | | |
| 3. Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatış Sayısı | r | 0.116 | .579* | 1 | | | | | | | | | |
| | p | .105 | .000 | . | | | | | | | | | |
| 4. Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği | r | -.117* | -.090 | -0.002 | 1 | | | | | | | | |
| | p | .019 | .071 | .978 | . | | | | | | | | |
| 5. Aile Desteği | r | -.286* | -.254* | -0.06 | .179* | 1 | | | | | | | |
| | p | .000 | .000 | .408 | .000 | . | | | | | | | |
| 6. Arkadaş Desteği | r | -.262* | -.266* | -0.113 | .190* | .902* | 1 | | | | | | |
| | p | .000 | .000 | .116 | .000 | .000 | . | | | | | | |
| 7. Özel Kişi Desteği | r | -.224* | -.240* | -0.096 | .251* | .859* | .884* | 1 | | | | | |
| | p | .0 | .000 | .182 | .000 | .000 | .000 | . | | | | | |
| 8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | r | -.262* | -.250* | -0.092 | .213* | .951* | .966* | .944* | 1 | | | | |
| | p | .000 | .0 | .204 | .000 | .000 | .000 | .000 | . | | | | |
| 9. Öz Bakım Sürdürme | r | -.352* | -.194* | 0 | 0.055 | .517* | .521* | .463* | .514* | 1 | | | |
| | p | .000 | .000 | 0.159 | .274 | .000 | .000 | .000 | .000 | . | | | |
| 10. Öz Bakım Yönetimi | r | -.364* | -.137* | 0.088 | 0 | .447* | .476* | .443* | .473* | .717* | 1 | | |
| | p | .000 | .006 | .224 | 0.055 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | . | | |
| 11. Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven | r | -.302* | -.170* | -0.004 | 0.028 | .455* | .484* | .420* | .465* | .724* | .630* | 1 | |
| | p | .000 | .001 | .957 | .573 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | . | |
| 12. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi | r | -.372* | -.196* | 0.07 | 0.057 | .537* | .555* | .499* | .546* | .933* | .808* | .895* | 1 |
| | p | .000 | .000 | .330 | .255 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | . |

Spearman's *p<0,05

4.6. Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek ve Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi ile ilgili Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 4.9'dan elde edilen bulgulara göre, bağımsız değişkenlerin DKYBÖ üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6,531$ $p<0,001$). Bağımsız değişkenler ile DKYBÖ arasında olumlu bir ilişki belirlenmiştir ($R=0,380$ $p<0,001$). Modeldeki bağımsız değişkenler, DKYBÖ'nün toplam varyansının %14,4'ünü açıklamaktadır ($p<0,01$). Regresyon katsayıları incelendiğinde, Özel Kişi Desteği ($\beta=0,501$, $p<0,001$), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ($\beta=0,168$, $p<0,001$), üniversite ve üzeri eğitim düzeyi ($\beta=0,121$, $p<0,001$) ve kadın cinsiyeti ($\beta=0,135$, $p<0,001$) değişkenlerinin DKYBÖ üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; kadınların ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip kişilerin kalp yetersizliği ile ilgili bilgisinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Özel kişi desteği ve çok boyutlu algılanan sosyal desteği arttığında kalp yetersizliği bilgi düzeyinin de arttığı görülmüştür (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Bağımsız Değişkenler ile Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları (n=401)

| Model | Değişkenler | Univariable | | | | | Multivariable | | | | |
|------------------------------------|--|-------------|--------|--------------|--------|---------|---------------|--------|--------------|--------|--------|
| | | B | S.Hata | Standart (B) | t | p | B | S.Hata | Standart (B) | t | p |
| 1 | Yaş | -0.019 | 0.010 | -0.101 | -2.021 | 0.001* | -0.008 | 0.01 | -0.042 | -0.815 | 0.415 |
| | Aile Desteği | 0.109 | 0.030 | 0.179 | 3.638 | 0.001* | -0.089 | 0.075 | -0.148 | -1.19 | 0.235 |
| | Arkadaş Desteği | 0.115 | 0.030 | 0.191 | 3.890 | 0.001* | -0.11 | 0.082 | -0.183 | -1.34 | 0.181 |
| | Özel Kişi Desteği | 0.176 | 0.031 | 0.273 | 5.658 | 0.001* | 0.323 | 0.067 | 0.501 | 4.81 | 0.001* |
| | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | 0.048 | 0.010 | 0.222 | 4.541 | 0.001* | 0.036 | 0.011 | 0.168 | 3.173 | 0.001* |
| | Cinsiyet | 0.650 | 0.238 | 0.135 | 2.725 | 0.001** | 0.649 | 0.229 | 0.135 | 2.84 | 0.001* |
| | Düzenli Egzersiz Yapma Durumu | -0.896 | 0.334 | -0.133 | -2.685 | 0.001* | -0.463 | 0.337 | -0.069 | -1.375 | 0.170 |
| | Kalp Yetersizliği Sınıflandırma-Smf 2 | 0.729 | 0.272 | 0.133 | 2.680 | 0.001* | 0.493 | 0.278 | 0.09 | 1.772 | 0.077 |
| | Eğitim-Üniversite ve Üzeri | 0.792 | 0.283 | 0.139 | 2.795 | 0.001* | 0.694 | 0.286 | 0.121 | 2.43 | 0.001* |
| F=6.531, R=0.380, R2=0.144 *p<0.05 | | | | | | | | | | | |

Tablo 4.10'daki bulgulara göre, bağımsız değişkenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=17,811$ $p<0,001$). Bağımsız değişkenler ile ÇBASDÖ arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($R=0,642$ $p<0,001$). Modeldeki bağımsız değişkenler, ÇBASDÖ'nün toplam varyansının %41,2'sini açıklamaktadır ($p<0,01$). Regresyon katsayılarına bakıldığında, Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi (KYÖBİ) ($\beta=0,480$, $p<0,001$), Öz Bakımı Sürdürme ($\beta=0,221$, $p<0,001$), Öz Bakım Yönetimi ($\beta=0,217$, $p<0,001$), Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği (DKYBÖ) ($\beta=0,136$, $p<0,001$) ve gelir düzeyi ($\beta=0,111$, $p<0,001$) değişkenlerinin çok boyutlu algılanan sosyal desteğin üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; geliri harcamalarına denk gelen bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal desteğinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kalp yetersizliği ile ilgili bilgi düzeyi ve öz bakımın artmasıyla çok boyutlu algılanan sosyal desteğin de arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Bağımsız Değişkenler ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteği Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları (n=401)

| Model | Değişkenler | Univariable | | | | | Multivariable | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------|--------|--------------|--------|--------|---------------|--------|--------------|--------|--------|
| | | B | S.Hata | Standart (B) | t | p | B | S.Hata | Standart (B) | t | p |
| 1 | Yaş | -0.238 | 0.043 | -0.266 | -5.493 | 0.001* | 0.05 | 0.048 | 0.056 | 1.049 | 0.295 |
| | Kalp Yetersizliği Tanı Süresi | -0.085 | 0.018 | -0.226 | -4.625 | 0.001* | -0.03 | 0.018 | -0.078 | -1.638 | 0.102 |
| | Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği | 1.037 | 0.228 | 0.222 | 4.541 | 0.001* | 0.635 | 0.194 | 0.136 | 3.277 | 0.001* |
| | Öz Bakım Sürdürme | 0.365 | 0.029 | 0.540 | 12.791 | 0.001* | 0.15 | 0.044 | 0.221 | 3.399 | 0.001* |
| | Öz Bakım Yönetimi | 0.466 | 0.038 | 0.525 | 12.295 | 0.001* | 0.192 | 0.056 | 0.217 | 3.465 | 0.001* |
| | Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven | 0.242 | 0.021 | 0.495 | 11.369 | 0.001* | 0.05 | 0.03 | 0.102 | 1.672 | 0.095 |
| | Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi | 0.372 | 0.026 | 0.578 | 14.125 | 0.001* | 0.309 | 0.029 | 0.480 | 10.508 | 0.001* |
| | Çalışma Durumu | 5.100 | 1.088 | -0.229 | -4.687 | 0.001* | 0.848 | 1.268 | 0.038 | 0.669 | 0.504 |
| | Gelir Düzeyi | 10.211 | 1.717 | 0.286 | 5.948 | 0.001* | 3.955 | 1.539 | 0.111 | 2.57 | 0.001* |
| | Ek Kronik Hastalık Durumu | 4.175 | 1.109 | 0.185 | 3.764 | 0.001* | 1.604 | 0.902 | 0.071 | 1.779 | 0.076 |
| | Düzenli Egzersiz Yapma Durumu | 6.601 | 1.536 | 0.211 | 4.298 | 0.001* | 0.08 | 1.352 | 0.003 | 0.059 | 0.953 |
| | Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatma | 5.166 | 1.068 | 0.236 | 4.837 | 0.001* | 0.218 | 1.142 | 0.01 | 0.191 | 0.848 |
| | Kalp Yetersizliği Sınıflandırma | 3.455 | 1.265 | 0.136 | 2.731 | 0.001* | -2.86 | 2.54 | -0.112 | -1.126 | 0.261 |
| | Birlikte Yaşadığı Kişiler | 3.441 | 1.175 | 0.145 | 2.928 | 0.001* | 0.442 | 1.438 | 0.019 | 0.307 | 0.759 |
| Eğitim-Üniversite ve Üzeri | 7.913 | 1.277 | 0.297 | 6.198 | 0.001* | 1.371 | 1.343 | 0.051 | 1.02 | 0.308 | |
| F=17.811, R=0.642, R2=0.412 *p<0.05 | | | | | | | | | | | |

Tablo 4.11'den elde edilen bulgulara göre, bağımsız değişkenlerin Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi (KYÖBİ) üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=22,697$, $p<0,001$). Modeldeki bağımsız değişkenler, KYÖBİ'nin toplam varyansının %41,5'ini açıklamaktadır ($p<0,01$). Regresyon katsayıları incelendiğinde yaş ($\beta=-0,220$, $p<0,001$) değişkeninin öz bakımın toplam ölçeği üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu; arkadaş desteği ($\beta=0,478$, $p<0,001$), çok boyutlu algılanan sosyal destek ($\beta=0,464$, $p<0,001$), düzenli egzersiz yapma ($\beta=0,122$, $p<0,001$) ve eğitim düzeyi (üniversite ve üzeri) ($\beta=0,102$, $p<0,001$) değişkenlerinin ise pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; düzenli egzersiz yapan ve üniversite eğitimi almış bireylerin öz bakım düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaşın artmasıyla öz bakım düzeylerinin azaldığı, ancak arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek değerlerinin artmasıyla öz bakım düzeyinin de arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Bağımsız Değişkenler ile Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları (n=401)

| Model | Değişkenler | Univariable | | | | | Multivariable | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|--------|--------------|--------|--------|---------------|--------|--------------|--------|--------|
| | | B | S.Hata | Standart (B) | t | p | B | S.Hata | Standart (B) | t | p |
| 1 | Yaş | -0.534 | 0.064 | -0.384 | -8.304 | 0.001* | -0.305 | 0.07 | -0.22 | -4.372 | 0.001* |
| | Kalp Yetersizliği Tanı Süresi | -0.095 | 0.029 | -0.162 | -3.271 | 0.001* | 0.047 | 0.028 | 0.079 | 1.681 | 0.093 |
| | Aile Desteği | 2.475 | 0.182 | 0.563 | 13.592 | 0.001* | -0.023 | 0.45 | -0.005 | -0.051 | 0.959 |
| | Arkadaş Desteği | 2.548 | 0.178 | 0.583 | 14.327 | 0.001* | 2.09 | 0.493 | 0.478 | 4.237 | 0.001* |
| | Özel Kişi Desteği | 2.425 | 0.202 | 0.516 | 12.031 | 0.001* | 0.006 | 0.408 | 0.001 | 0.015 | 0.988 |
| | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteği Ölçeği | 0.899 | 0.064 | 0.578 | 14.125 | 0.001* | 0.721 | 0.068 | 0.464 | 10.535 | 0.001* |
| | Çalışma Durumu | 8.964 | 1.677 | 0.259 | 5.346 | 0.001* | 2.991 | 1.924 | 0.086 | 1.555 | 0.121 |
| | Gelir Durumu | 12.651 | 2.682 | 0.230 | 4.717 | 0.001* | 1.247 | 2.364 | 0.023 | 0.528 | 0.598 |
| | Kronik Hastalık | 6.291 | 1.722 | 0.180 | 3.653 | 0.001* | 0.289 | 1.969 | 0.008 | 0.147 | 0.883 |
| | Düzenli Egzersiz Yapma | 13.528 | 2.346 | 0.277 | 5.767 | 0.001* | 5.972 | 2.072 | 0.122 | 2.883 | 0.001* |
| | Kalp Yetersizliği Nedeniyle Hastaneye Yatma | 8.150 | 1.656 | 0.239 | 4.921 | 0.001* | 0.565 | 1.683 | 0.017 | 0.336 | 0.737 |
| | Eğitim Üniversite ve Üzeri | 13.045 | 1.972 | 0.314 | 6.616 | 0.001* | 4.269 | 2.017 | 0.102 | 2.117 | 0.001* |
| | Birlikte Yaşam-Eşi ve Çocukları | 7.224 | 1.675 | 0.211 | 4.314 | 0.001* | 2.009 | 2.038 | 0.059 | 0.986 | 0.325 |
| F=22.697, R=0.644, R2=0.415, *p<0.05 | | | | | | | | | | | |

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Kalp yetersizliği morbidite, mortalite ve maliyet açısından uluslararası önemini koruyan ilerleyici, yaygın ve kronik bir sağlık sorunudur (Akdeniz ve Canlı Özer, 2021). Prevalansı yüksek, toplumdaki görülme oranı yaşla birlikte artan ve salgın olarak tanımlanan KY yönetiminde hemşirelerin bakımı yönetmedeki rolü oldukça önemlidir. Hemşire liderliğinde yürütülen multidisipliner bakım yaklaşımıyla, hastaların tedaviye olan uyumları artırılabilir, semptomları kontrol altında tutulabilir, tekrar eden hastane yatışları önlenir, yaşam kaliteleri yükseltilebilir (Bakan, 2019; Sarı ve Yılmaz, 2020). Bu çalışma, kalp yetersizliği olan hastalarda bilgi düzeylerinin, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları bu bölümde ilgili literatür ile tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Kalp Yetersizliği ile İlgili Bilgi Durumları Bulgularının İncelenmesi

Kardiyovasküler hastalıklar ömür boyu süren insanı fiziksel, sosyal ve spiritüel açıdan etkileyerek yaşam kalitesini azaltan hastalıklardır. Günümüzde KY oranının artması sebebiyle, hastaların kendi kendine bakım ve hastalığını yönetim becerisini kazanabilmesi için eğitim programları ile güçlendirilmesi gerekmektedir (Avcı ve Gün, 2021). Etkili bir programın yapılabilmesi içinde KY hastalık bilgisinin derecesinin değerlendirilmesi önemlidir. Araştırmada hastaların kalp yetersizliği ile ilgili bilgi düzey puanı orta düzey olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; Wagenaar ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmasında Hollanda'daki KY hastalarının KY ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu, İzlanda'da 2019 yılında Ketilsdottir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hastaların KY bilgilerinin iyi olduğu, Zeng ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada Singapur'daki KY hastalarının iyi bilgi düzeyine sahip olduğu, Foster'ın 2018 yılında Amerika'da KY hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların iyi bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Foster, 2018; Ketilsdottir vd., 2019; Wagenaar vd., 2018; Zeng vd., 2016). Alghazali'nin 2022 yılında Irak'ta yaptığı çalışmada ve Tawalbeh ve arkadaşlarının 2017 yılında Ürdün'de yaptıkları çalışmalarında hastaların KY bilgilerinin düşük olduğu bulunmuştur (Alghazali, 2022; Tawalbeh, 2017). Bu araştırmanın örneklemine

oluşturan hastaların lise ve ilköğretim eğitim düzeyine sahip olması nedeniyle KY bilgilerinin orta düzey olması beklendik bir sonuçtur. Ayrıca literatür incelendiğinde ülkeler arasındaki KY bilgi düzeyindeki farklı veriler gelişmiş ülkelerdeki eğitim seviyesinin ve KY konusundaki eğitim programlarına verilen önemin farklılığından kaynaklanması olarak yorumlanabilir.

Bu çalışma verileri ışığında kadınların, üniversite ve üzeri eğitim ve birlikte yaşanan kişilerle ilişkilendirilen KY bilgi puanlarının istatistiksel anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Alghazali'nın 2022 yılında Irak'ta yaptığı çalışmada da erkeklerin, evli ve geliri gidere denk ve fazla olanların daha iyi KY bilgi puanına sahip oldukları, diğer faktörlerin (yaş, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, sigara/tütün, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı v.b) KY bilgilerinde anlamlı bir etki yaratmadığı bulunmuştur (Alghazali, 2022). Zeng ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada evli, eşit gelir ve harcamaları olan erkeklerin daha düşük bilişsel puanlara sahip oldukları ve bilişsel puanların yaş, etnik grup, diyabet, sigara, depresyon ve işe gidip gelmeden etkilenmediği, ayrıca eğitim düzeyine, bakıcı ile yaşamaya ve KY eğitimine bağlı olarak bilgi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Zeng vd., 2016). Conceição ve arkadaşlarının 2015 yılında Latin Amerika'da yaptığı çalışmada erkeklerin, evli ve uygun gelire sahip olan hastaların bilgi puanlarının daha yüksek olduğu, yaş, sigara, alkol kullanımı, kronik hastalık gibi faktörlerin anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Conceição vd., 2015). Bu çalışmada yaş ile kalp yetersizliği bilgi puanı arasında negatif ilişki tespit edilmiş, yaşın artmasıyla birlikte bilgi düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Bu durum, yaşlı bireylerin daha fazla eğitim ve bilgiye ihtiyaç duyabileceğini düşündürmektedir. Çalışmada düzenli egzersiz yapma ve Sınıf 2 KY ile ilişkilendirilen kalp yetersizliği bilgi puanlarında istatistiksel anlamlı görülmüştür. Bu durum, sağlıklı yaşam tarzının, özellikle düzenli egzersiz yapmanın, bireylerin kalp yetersizliği hakkındaki bilgi düzeyini artırabileceğini düşündürmektedir. Belirli bir kalp yetersizliği sınıfına sahip olan bireylerin daha yüksek bilgi düzeylerine sahip olduğu bulgusu, sağlık profesyonelleri için bu hastaların eğitim ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak adına önemlidir. Literatürde incelendiğinde KY hastalarının hastalıkla ilgili bilgi puanları değişkenlik gösteriyor olmakla birlikte, demografik faktörlerin hastaların KY hakkındaki bilgi düzeyini etkileyebileceğini düşündürmektedir. KY hastalarının hastalığın tedavisi ve bakımına yönelik öz yönetim davranış yöntemlerinin

öğrenilerek, özellikle kendi kendine ya da aile-arkadaşlarıyla çözen grubun sağlık profesyonelleri tarafından ele alınarak KY bilgi ve farkındalıklarının ve eğitim programlarının artırılması bakımından önemlidir.

5.2. Hastaların Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Bulgularının İncelenmesi

Kalp yetersizliği olan hastalar için algılanan sosyal destek çok önemlidir. Hastaların kendi bakımını sağlayabilmesi için aileleri, arkadaşları ve önemli diğer kişilerden optimal sosyal destek alması gerekmektedir. Daha düşük sosyal destek, artmış mortalite, azalmış yaşam kalitesi, sık hastaneye yatış ve düşük ilaç uyumunu içeren olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (Shumaker vd., 2017). Bu çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek toplam puan ortalaması orta düzey bulunmuştur. Literatürde benzer ölçeğin yer aldığı çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Bu çalışmayla uyumlu olarak Karagöz'ün çalışmasında (2019) algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması orta düzey, Barutçu'nun çalışmasında (2011) toplam puan ortalaması orta düzey tespit edilmiştir (Barutcu, 2011; Karagöz, 2021). Shumaker ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması da orta düzey bulunmuştur (Shumaker vd., 2017). Allemann ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %17,6'sı düşük/orta düzeyde bir sosyal destek yaşarken geri kalanında yüksek bir sosyal destek seviyesi elde edilmiş ve çalışmada en az destek, arkadaşlardan gelmiş, bu gruptan algılanan sosyal destek düzeyi düşük/orta düzeyde olanların oranı %32,3 iken, aynı oranlar sırasıyla aile için %16,4 ve önemli diğerleri için %15,1 bulunmuştur (Allemann vd., 2018). Bu çalışmadan elde edilen bulgu, KY olan hastaların özellikle arkadaş desteği ve özel kişi desteği alt boyutlarında aile desteğine yakın ama daha güçlü bir algıya sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Mumcu'nun 2020 yılındaki çalışmasında da hastaların özel bir kişiden algıladığı sosyal destek düzeyi fazla bulunmuştur (Mumcu, 2020). Bu durum, hastaların Türk toplumunun yapısı gereği aile bireyleri ile yaşamalarının yanı sıra sosyal destek ihtiyaçlarını çeşitlendirdiğini ve bu destekleri farklı sosyal çevrelerden de aldıklarını düşündürmektedir.

Çalışmada algılanan sosyal destek ve alt boyut ortalama puanları ile üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip, çalışan, gelir durumu gidere denk olan ve eşi ve çocukları ile yaşayan kişiler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum, finansal güvencenin,

hastaların sosyal destek ağlarına güvenle bağlanmalarına ve destek almalarına olanak tanıdığını düşündürmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, Karataş ve Bostanoğlu'nun 2017 yılındaki yaptığı çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal desteği etkileyen etmenlerin, cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişiler, ek hastalık varlığı olduğu, Sayers ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmada, medeni durumu bekar olanlarda aileden algılanan sosyal desteğin düşük olduğu, Årestedt ve ark.'larının 2012 yılında yaptıkları araştırmalarında gelir düzeylerini kötü olarak tanımlayanların sosyal destek seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Årestedt vd., 2012; Karataş ve Bostanoğlu, 2017; Sayers vd., 2008). Barutcu'nun (2011) yaptığı çalışmada sosyal destek düzeyinin aileden yüksek olarak algılandığı, arkadaştan ve diğer kişilerden algılanan desteğin orta düzeyde ve birbirine yakın olduğu, ölçeğin toplamından elde edilen puana göre ise hastaların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyden biraz yüksek olduğu bulunmuştur (Barutcu, 2011). Güneş ve Altıok'un (2009) yaptıkları çalışmada KY hastalarının olduğu kronik hastalığa sahip hastalarda aileden algılanan sosyal destek puanının yüksek olduğu bulunmuştur (Güneş ve Altıok, 2009). Çalışmadaki kişilerin çoğunluğunun evli, eş ve çocukları ile yaşaması nedeniyle bu bulguların elde edilmiş olabileceği düşünülebilir. Hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının yüksek bulunması, KY olan hastaların aileleri tarafından yeterince sosyal destek aldığını gösteren pozitif bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmada ek kronik hastalığı bulunanlar ve düzenli egzersiz yapanların sosyal destek algısı arasında ilişki saptanmıştır. Karagöz'ün (2019) çalışmasında KY'ye ek hastalık durumunda olan kişilerin aile ve diğer kişilerden aldıkları sosyal destek algısının ve sosyal destek algısının toplamının, hiçbir sağlık sorunu bulunmayanlardan düşük olduğu saptanmıştır (Karagöz, 2019). Bu durum, birden fazla kronik hastalığa sahip olan bireylerin sosyal destek sistemlerinin sınırlı olabileceğini ve bu durumun genel sağlık durumu üzerinde olumsuz bir etki yaratabileceğini göstermektedir. Kronik bir hastalığın varlığı hastaların tekrarlayan hastane yatışlarına sebep olurken aile bireylerinin hepsini farklı boyutlarda etkilemektedir. Bu nedenle kalp yetersizliği hastalarına bakım veren hemşirelerin temel felsefesi aile merkezli, holistik bir yaklaşım olmalıdır. Daha yüksek sosyal destek algısına sahip olan hastaların, kalp

yetersizliği ile başa çıkma süreçlerinde daha başarılı olabileceği ve bu nedenle hastaneye yatma ihtimalinin azaldığı düşünülebilir.

Çalışmada yaş ve KY tanı süresi ile sosyal ve alt boyutları arasındaki ilişkiler, yaşın artmasıyla birlikte sosyal destek algısının azalabileceğini, ancak kalp yetersizliği tanı süresinin uzamasıyla birlikte sosyal destek algısının artabileceği bulunmuştur. Sayers ve ark.'ları (2008) kalp yetersizliği olan hastalarla yaptığı araştırmada, yaşın algılanan sosyal destek düzeyi ile yakından ilişkili olduğunu bulmuş, yaş ilerledikçe sosyal destek algısının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Sayers vd., 2008). Karataş ve Bostanoğlu'nun çalışmasında da yaş gruplarına göre sosyal destek puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Karataş ve Bostanoğlu, 2017). Bu bağlamda, yaş ve KY tanı süresinin sosyal destek algısı üzerindeki etkisini daha iyi anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür çalışmaların, sağlık hizmetlerinde sosyal destek sağlanması ve yaşlı hastaların gereksinimlerinin karşılanması açısından önemli olabileceği dşnlmektedir.

5.3. Hastaların z Bakım ile İlgili Bulgularının İncelenmesi

Kalp yetersizliğinde artan öz bakım hem yaşam kalitesinin artışının bir göstergesi hem de yaşam kalitesini artıran bir girişimdir. KY' de öz bakım; fizyolojik açıdan stabiliteyi korumak ve hastalık belirtileri ile baş edebilmek için uygulanan doğal karar verme sürecini kapsar (Pour Asgar vd., 2016). Çalışmada KY z bakım indeksi toplam puan ortalamasının yetersiz olduğu saptanmıştır. Asgar Pour ve arkadaşlarının (2016) alışmasına göre hastaların öz bakım davranışının yetersiz, Yüce'nin (2021) alışmasına göre de hastaların öz bakım davranışının yetersiz olduğu belirlenmiştir (Pour Asgar vd., 2016; Yüce, 2021). Doğu Kkc ve Tiryaki'nin (2020) alışmasında da hastalarının öz bakım davranışlarının düşük olduğu, Baba'nın (2018) alışmasında hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu saptanmıştır (Baba, 2018; Doğu Kc ve Tiryaki, 2020). Sedlar ve arkadaşları (2017) 30 araştırmayı değerlendirdikleri çalışmada, KY hastalarında öz bakım davranışların düşük ve hastalarda öz bakım davranışlarını etkileyen faktörlerin ise yaş, psikolojik etmenler ve NYHA derecesi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Sedlar vd., 2017). Riegel ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları araştırmada ABD, Avustralya gibi gelişmiş ülkeler ile Meksika ve Tayvan gibi gelişmekte olan ülkelerde KY hastalarının öz bakımı sürdürme ve öz bakım

yönetimlerini karşılaştırmış ve her iki grupta da öz bakımın geliştirilmesi gerektiği fakat gelişmekte olan ülkelerde öz bakımın düşük olduğu bulunmuştur (Riegel vd., 2009). Araştırma sonucundaki çeşitliliğin ülkelerin sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin farklılığından çıkabileceği düşünülmektedir.

Çalışma evli bireylerin, üniversite ve üzeri eğitim almış olanların, çalışanların ve geliri giderine denk olan bireylerin öz bakım indeksi puanlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Alghazali'nin (2022) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanların, yüksek öz bakım indeksi puan ortalamalarına sahip oldukları bulunmuştur (Alghazali, 2022). ABD'de 2017 yılında yapılan bir çalışmada bilgiyi artırmaya odaklanan eğitim stratejilerinin öz bakım davranışlarının iyileştirilmesine yol açtığı belirtilmiştir (Riegel vd, 2017). Hiçerimez'in (2019) araştırmasında, öz bakım ile medeni durum, eğitim seviyesi ve meslek arasında istatistiksel olarak belirgin bir ilişki gözlemlenmiştir (Hiçerimez, 2019). Macabasco-O'Connell ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında düşük okuryazarlığa sahip KY hastalarının düşük KY bilgisine, öz yeterliliğe ve öz bakım davranışına sahip olduğu, fakat bilgi, öz yeterlilik ve öz bakımdaki farklılıkların düşük okuryazarlık ve kötü KY yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi açıklamadığını bulmuşlardır (Macabasco-O'Connell vd.,2011). Akbıyık ve arkadaşları (2016) çalışmalarında hastaların gelir gideri karşılama durumu ve öz bakımları arasında anlamlı farklılık bulmamışlardır (Akbıyık vd., 2016). Duruk'un (2021) çalışmasına göre hastaların çalışma durumları ve eğitim durumlarına göre öz bakım gücünde lisans mezunu olan hastaların puanlarının okur-yazar olmayan hastaların puanlarından yüksek bulunduğu, Akbıyık ve ark.'larının (2016) çalışmasında eğitim seviyesi ile öz bakım arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Duruk, 2021; Akbıyık vd., 2016). Zamanzadeh ve ark.'larının İran'da yapmış oldukları çalışmada öz bakımı sürdürme davranışının eğitim yoluyla güçlendirileceğini saptamışlardır (Zamanzadeh vd., 2013). Bayazıt'ın (2013) çalışmasında hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, yaşadığı yer durumunun özbakım davranışlarını anlamlı olarak etkileyen değişkenler olduğu belirlenmiştir (Bayazıt, 2023). Bu durum, sosyal destek sistemlerinin ve bilgi düzeyinin, özellikle evli olan, yüksek eğitilmiş ve ekonomik durumu iyi olan hastalarda daha etkili olduğunu düşündürülebilir. Ayrıca, bu faktörlerin bireylerin öz bakım becerilerini artırıcı bir etki sağladığı düşünülebilir.

Çalışma, ek kronik hastalığı olan, düzenli egzersiz yapan ve daha önce hastaneye yatmamış bireylerin öz bakım indeksi puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bayazıt'ın (2023) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe öz bakım davranışlarının uyumunun da arttığı, kadınların ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin düzenli egzersiz yapma davranışına daha yatkın olduğunu bulunmuştur (Bayazıt, 2023). Ağca'nın (2021) çalışmasında ek kronik hastalığı olanların öz bakımlarında azalma, Akbıyık ve ark.'ları (2016) çalışmasında öz bakım gücü ile hastaların egzersiz yapma durumunda, ek kronik hastalık durumunun öz bakım gücünün düşüklüğü durumunda anlamlı bir fark saptanmıştır (Ağca, 2021; Akbıyık vd., 2016). Tülüce'nin (2012) çalışmasında da literatürle benzerlik gösterip ek kronik hastalık varlığının öz bakımı etkilediği tespit edilmiştir (Tülüce, 2012). Bu durum, sağlıklı yaşam tarzının ve hastalığın yönetilmesinin öz bakım düzeyini artırabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada bulgular, yaşın ve kalp yetersizliği tanı süresinin öz bakım indeksi puanları üzerinde negatif etkili olduğunu göstermiştir. Bayazıt'ın (2013) çalışmasında hastaların yaşları arttıkça öz bakım davranışları azalmaktadır (Bayazıt, 2023). Günbaş'ın (2021) çalışmasında da tanı süresi ile öz bakım arasında negatif ilişki bulunmuştur (Günbaş, 2021). Duruk'un (2021) çalışmasında hastaların kalp yetersizliği tanı süresi arttıkça öz bakım gücünde negatif yönde değişiklikler saptanmıştır (Duruk, 2021). Sedlar ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında öz bakım davranışların KY hastalarında etkileyen faktörlerin yaş, psikolojik faktörler ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Sedlar vd., 2017). Literatürdeki çalışmalar ışığında, yaş artmasıyla birlikte zihinsel ve fonksiyonel işlevlerdeki azalmaların öz bakımı yerine getirmede yetersizliklere neden olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada kalp yetersizliği hastalarının öz bakım düzeyini etkileyen birçok faktör değerlendirmiştir. Elde edilen bulgular, sosyal destek, eğitim düzeyi, ekonomik durum ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının, öz bakım indeksi ve alt boyutları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, kalp yetersizliği yönetimine yönelik müdahalelerde bu faktörlerin dikkate alınması önemlidir. Ayrıca, yaşlı bireylerin ve uzun süreli hasta olanların öz bakım becerilerini geliştirmeye yönelik özel desteklere ihtiyaç duyabileceği düşünülmektedir.

5.4. Hastaların Kalp Yetersizliğine İlişkin Bilgi Durumu, Sosyal Destek ve Öz Bakımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışma, kalp yetersizliği bilgi ölçeği, kalp yetersizliği öz bakım indeksi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ek olarak, öz bakım aktiviteleri olan Öz Bakım Sürdürme, Öz Bakım Yönetimi ve kalp yetersizliği öz bakım indeksinin çok boyutlu algılanan sosyal destek üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Chuang ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada KY bilgisi ile KY öz bakım indeksi arasında pozitif yönde, Alghazali'nin (2022) çalışmasında hastaların KY bilgisi ile Öz Bakımı Sürdürme ve Öz Bakım Yönetimi arasında pozitif yönde ilişkiler olduğu bulunmuştur. Zamanzadeh ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında öz bakımı devam ettirme davranışlarının eğitim yoluyla güçlendirilebileceği bulunmuştur (Zamanzadeh vd., 2013). Dessie ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada KY hastalarının aldığı eğitimin öz bakım davranış uyumları üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır (Dessie vd., 2021). Koirala ve arkadaşları çalışmalarında yüksek eğitimin öz bakım ve yönetimini etkilediğini saptamışlardır (Koirala vd., 2020). Cajita ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları çalışmada KY hastalarının sağlık okuryazarlığı ile öz bakımları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Cajita vd., 2016). Erüenal'ın 2017 yılında KY hastalarında sağlık okuryazarlığı ile öz bakım ölçeğinin bütün alt boyutları anlamlı ilişki saptanmıştır (Erüenal, 2017). Bu sonuçlar, bireylerin kendi sağlık durumlarına yönelik daha bilinçli olmalarının, sosyal destek ihtiyaçlarını daha etkili bir şekilde tanımalarına ve kullanmalarına olanak tanıdığını göstermektedir.

Mumcu'nun (2020) çalışmasında öz bakım davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki incelenmiş, kişilerin sosyal destek algı düzeyi ile öz bakım davranışları arasında ilişki saptanmamıştır (Mumcu, 2020). Kamrani'nin yaptığı çalışmada sosyal faktörlerin yaşa bağlı olarak öz bakım üzerinde etki sahibi olduğunu bulmuştur (Kamrani vd., 2018). Salyer ve ark.'larının (2012) araştırmasında, hastalardaki sosyal destek kalitesinin artması ile öz bakım davranışlarının gelişebileceği sonucuna varılmıştır (Salyer vd.,2012). Gallagher ve ark.'larının (2011) KY hastalarındaki sosyal destek türlerinin ve düzeylerinin öz bakım üzerindeki etkisini incelediği araştırmasında, sosyal desteği yüksek olanların öz bakım davranışlarını daha iyi yerine

getirdiği bulunmuştur (Gallagher vd., 2011). Liljeroos ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, algılanan kontrolün öz bakımı geliştirici yönde etkileyen bir faktör olduğunu saptamışlardır (Liljeroos vd., 2020). Doğu Kökçü ve Tiryaki'nin (2020) çalışmasına göre ailesi ile yaşayan kişilerin öz bakım davranışları ve bakım bağımlılığı durumunun yalnız yaşayanlara göre iyi olduğu, Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada hastaların %80'nin aileleri ile birlikte yaşaması ve öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında aile ve sosyal çevre desteğinin olması gibi sosyokültürel etmenlerden etkilendiğini bulunmuştur (Doğu Kökçü ve Tiryaki, 2020; Akbıyık vd., 2016). Uchomanowicz ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında yalnız yaşayan bireylerin öz bakım gücünün diğer gruplardan kötü olduğu bulunmuştur (Uchomanowicz vd., 2017). Bulgularımız, sosyal destek ağlarının ve öz bakımın, KY yönetiminde önemli birer etmen olduğunu doğrulamaktadır. Ayrıca, öz bakımın kişinin kendi sağlığına duyduğu özen ve dikkatin bir göstergesi olarak, hastaların yaşam kalitesini artırmada önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen istatistiksel bulgular, bu üç faktör arasında anlamlı ilişkilerin olduğunu göstermektedir. Öncelikle, hastaların kalp yetersizliği konusundaki bilgi düzeyi ile sosyal destek algısı arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir. Yani, daha bilgili olan hastalar genellikle daha güçlü sosyal destek ağlarına sahiptir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde eğitim ve bilgilendirme programlarının hastaların sosyal destek sistemlerini güçlendirebileceği fikrini desteklemektedir. Ayrıca, bilgi düzeyi yüksek olan hastaların, öz bakımlarını daha etkili bir şekilde yönettikleri ve konuda daha bilinçli oldukları gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, öz bakım ile sosyal destek arasındaki ilişki üzerindeki bulgular literatürde az olduğundan daha fazla incelenmesi gerekmektedir. Sonuç olarak, bu bulgular, kalp yetersizliği hastalarının sağlık hizmetlerinden aldıkları bilgi düzeyinin hem sosyal destek sistemlerini hem de öz bakımlarını nasıl etkileyebileceğini göstermektedir. Ancak, araştırmamızın sınırlamaları da göz önüne alındığında, daha geniş ölçekli ve uzun vadeli çalışmaların bu ilişkilerin derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlayabileceği düşünölmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda;

- Hastaların kalp yetersizliği ile ilgili bilgi düzey puanı orta düzey olarak bulunmuştur. Kadınların ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip kişilerin kalp yetersizliği ile ilgili bilgisinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Algılanan sosyal destek arttığında kalp yetersizliği bilgi düzeyinin de arttığı görülmüştür.
- Hastaların algıladıkları sosyal destek toplam puan ortalaması orta düzey bulunmuştur. Geliri harcamalarına denk gelen bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal desteğinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kalp yetersizliği ile ilgili bilgi düzeyi ve öz bakımın artmasıyla çok boyutlu algılanan sosyal desteğin de arttığı saptanmıştır.
- Çalışmada KY öz bakım indeksi toplam puan ortalamasının yetersiz olduğu saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapan ve üniversite eğitimi almış bireylerin öz bakım düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaşın artmasıyla öz bakım düzeylerinin azaldığı, ancak algılanan sosyal destek değerlerinin artmasıyla öz bakım düzeyinin de arttığı gözlemlenmiştir.
- Algılanan sosyal destek kalp yetersizliği bilgi ölçeği ve kalp yetersizliği öz bakım indeksi üzerinde olumlu etkiler göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kalp yetersizliği hastalarının bilgi düzeylerini artırmak için bireysel eğitim programları geliştirilmelidir. Hastalara özgü eğitim içerikleri ve öğrenme materyalleri kullanılarak, bilgi düzeylerinin ve öz bakım becerilerinin güçlendirilmesinin sağlanması,
- Özellikle yaşlı hastalara yönelik hazırlanan hatırlatıcı uygulamalar, eğitimler ve sosyal destek unsurları değerlendirilerek öz bakımlarına uyumlarının desteklenmesi,
- Hemşirelerin hastaların bilgi düzeyini ve öz bakım durumunu etkileyen bu süreçte kullandıkları sosyal destekleri, gelir durumu, eğitim düzeyi, egzersiz durumlarını belirleyip değerlendirmesi,

- Hastaların sosyal destek algılarını güçlendirmek amacıyla sosyal destek programları oluşturulması, bu programlara aile üyelerini ve arkadaşları dahil edilmesi, hastalar arası iletişimin artırılması ve topluluk destek gruplarına fırsat tanınması,
- Hemşirelerin, kalp yetersizliği hastalarına yönelik daha etkili iletişim stratejileri ve destek sunma becerileri kazanmak için özel eğitimlere tabi tutulması, bu sayede hasta-hasta ve hasta-sağlık profesyoneli etkileşimleri olumlu yönde etkilenmesi,
- Toplumda kalp yetersizliği ile ilgili bilinci artırmak ve bu hastalara karşı toplumsal farkındalığı yükseltmek amacıyla kampanya ve bilgilendirme etkinlikleri düzenlenmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Ağca, A. (2021). Kalp yetersizliği hastalarının hastalık algısının öz bakım ve yaşam kalitesi üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Akbıyık, A., Koçak, G., & Oksel, E. (2016). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının incelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(2):1-8.
- Akdeniz, Ş., & Canlı Özer, Z. (2021). Orem'in öz bakım eksikliği teorisine dayalı kalp yetersizliği olan hastalarda semptom yönetimi, öz bakım gücü ve sağlık davranışlarına planlı hasta eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 12(28):100-109.
- Akdemir, N., & Canlı Özer, Z. (2021). Kalp yetmezliğinde hemşirelik bakımı ve kalp hastalıklarından korunma. İçinde N. Akdemir (Ed.). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: 587-597. Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- Alkan, S., & Nural, N. (2017). Kalp yatışlarında tekrar yatışlar önlenir mi?. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(16), 28-34.
- Alghazali, A.H.N. (2022). Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalıklarına ilişkin bilgileri ve öz bakım davranışları (Yüksek Lisans Tezi). Muğla Üniversitesi, Muğla.
- Allemann, H., Strömberg, A., & Thyle' n, I. (2018). Perceived social support in persons with heart failure living with an implantable cardioverter defibrillator: a cross-sectional explorative study. Journal of Cardiovascular Nursing, 33, 6.
- Årestedt, K., Saveman, B.-I., Johansson, P., & Blomqvist, K. (2012). Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 12(1), 69–77.
- Ashar, B.H., Miller, R.G., & Sisson, S.D. (2019). Johns Hopkins İç Hastalıkları Board Sınavına Hazırlık. (Çev. T. Akçay, & K. Ulucan). 50-56. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Avcı, A., & Gün, M. (2020). Kalp yetersizliği hastalarında uyku sorunları ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri. J Cardiovascular Nursing. 11(25):90-99.
- Avcı, A., & Gün, M. (2021). Web tabanlı eğitimin kardiyovasküler hastalıklar yönetimine etkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(2), 389-403.
- Avcı, A., Çavuşoğlu, E., & Yılmaz, M. (2022). Kalp yetmezliği olan hastanın Ida Jean Orlando'nun etkileşim modeline göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Turk J Cardiovasc Nurs, 13(32), 180-186.

- Baba, E. (2018). Kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Bakan, G. (2019). Kalp yetersizliği ve bakım yönetimi, İçinde: S. Özer, (Ed.). Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği, 105-120. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Barutcu D, C. (2011). Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bayazıt, T. (2023). Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışları ve semptom durumlarının incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., Özdemir, F., & Enez, Ö.F. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(23), 114–121.
- Çaylan, K. & Otağ, A. (2020). Kalp yetersizliğinde nefes egzersizleri ve etkili egzersiz terapileri. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(2), 84-93.
- Cajita, MI., Cajita, TR., & Han, HR. (2016). Health literacy and heart failure: a systematic review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 121-130.
- Chuang, HW., Kao, CW., Lin, WS., & Chang, YC. (2019). Factors affecting self-care maintenance and management in patients with heart failure: testing a path model. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(4), 297–305.
- Cin, A., Dağtan, B., & Hintistan, S. (2021). Kalp yetmezliğinde bilişsel bozuklara sanal bakım uygulamaları, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Multidipliner Yaklaşımlar Kongresi, içinde (292-307. ss). Erzurum, 25-27 Kasım 2021.
- Conceição, APda., Santos, MAdos., Santos, Bdos., & Cruz, DdeALMda. (2015). Self-care in heart failure patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4): 578–586.
- Çelik, A., Altay, H., Azap, A., Çavuşoğlu, Y., Nalbantgil, S., Şenol, E., Temizhan, A., & Yılmaz, MB. (2018). Kalp yetersizliği ve kronik kalp hastalıklarında erişkin aşılama: uzman görüşü, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, 46(8):723-734.
- Çetinkaya, F.F., & Korkmaz, F. (2019). Algılanan sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 20, Sayı 1.

- Çitlik Sarıtaş, S., Çevik, S., Özden, G., & Salik, S. (2020). Turkish version of the Dutch Hearth Failure Knowledge Scale: validity and reliability. *Pak Heart J* 2020 Vol., 53(03).
- Demirbağ, B.C. (Ed.). (2021). *Hemşirelik Kuramları*, 101-111, Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- Demirtürk Selçuk, E., & Demirbağ, B.C. (2019). Dorothea Elizabeth Orem'in öz bakım teorisi'ne göre konjestif kalp yetersizliği olan hastanın hemşirelik bakım planı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3): 333-342.
- Deniz Akan, D., & Dedeli Çaydan, Ö. (2023). Kalp yetersizliği olan hastanın Henderson hemşirelik modeline göre değerlendirilmesi: olgu sunumu, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(2); 447-457.
- Dessie, G., Burrowes, S., Mulugeta, H., Haile, D., Negess, A., Jara, D., Alem, G., Tesfaye, B., Zeleke, H., Gualu, T., Getaneh, T., Kibret, GD., Amare, D., Worku Mengesha, E., Wagnew, F., & Khanam, R. (2021). Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: a clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1): 374.
- Doğu Kökçü, Ö., & Tiryaki, Ö. (2020). Kalp yetmezliği hastalarının öz bakım davranışları ve bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsızlık durumlarının incelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2):364-374.
- Duruk, H. (2021). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakım gücü ile yaşam kalitesinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Enç, N., & Türen, S. (2019). Kalp hastalıkları ve hemşirelik bakımı, İçinde: N. Enç, (Ed.). *Kardiyovasküler Hemşirelik*, 73-85. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Enç, N., & Yıldız Ayvaz, M. (2021). Kalp yetersizliği, İçinde: N. Enç, (Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 139-148. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erüenal, M. (2017). Kalp yetersizliği hastalarında sağlık okuryazarlığının öz bakıma etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Ertuğrul, E. (2021). Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne ve yaşam kalitesinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.

- Freak-Poli, R., Ryan, J., Neumann, J.T., Tonkin, A., Reid, C.M., Woods, R.L., Nelson, M., Stocks, N., Berk, M., McNeil, J., & Britt, C., Owen, A.J. (2021). Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality, *BMC Geriatrics*, 21:711.
- Foster M. (2018). A mobile application for patients with heart failure: theory-and evidence-based design and testing. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(11): 540-549.
- Gallagher, R., Luttik, M.L., & Jaarsma, T. (2011). Social support and self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 26(6), 439-445.
- Güler, S. M., Fedai, H., & Demirbağ, R., (2021). Kardiyovasküler hastalıklarda sağlıklı beslenme önerileri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2) s.342-348.
- Günbaş, M. (2021). Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Gülbahar, M., & Gök Metin, Z. (2020). Kalp yetersizliği semptom yönetiminde klasik masaj ve gevşeme egzersizi kullanımı. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 3(2), 273-279.
- Güneş, Z., & Altıok, HÖ. (2009). Kronik hastalığı olan bireylerin aileden algıladıkları sosyal destek ve ümitsizlik durumları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17(1): 16-23.
- Günler, O.E. (2019). Kronik hastalıkların yol açtığı bazı toplumsal problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 42, 392-400.
- Groenewegen, A., Rutten, F.H., Mosterd, A., & Hoes, A.W. (2020). Epidemiology of Heart Failure. *European Journal of Heart Failure*, 22, 1342–1356.
- Hakverdioğlu Yönt, G. (2023). Kronik hastalıklarda bakım bağımlılığı ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2): 575-578.
- Hammer, G.D., & McPhee, S.J. (2022). Hastalıkların Patofizyolojisi. (Çev. A.E. Eşkazan). 299-306. İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Hiçerimez, A. (2019). Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Jaarsma, T., Hill, L., Bayes- Genis, A., La Rocca, H.P.B., Castiello, T., Čelutkienė, J., Marques-Sule, E., Plymen, C.M., Piper, S.E., Riegel, B., Rutten, F.H., Gal, T.B.,

- Bauersachs, J., Coats, A.J.S., Chioncel, O., Lopatin, Y., Lund, L.H.,... & Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the heart failure association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23, 157–174.
- Kaiser, P., Allen, N., Delaney, J.A.C., Hirsch, C.H., Carnethon, M., Arnold, A., & Odden, M.C. (2020). The association of prediagnosis social support with survival after heart failure in the cardiovascular health study. *Annals of Epidemiology*, 1047-2797.
- Kamrani, AAA., Foroughan, M., Charati, JY., & Taraghi, Z. (2018). Prediction model for self-care behaviors among Iranian elders with chronic heart failure. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*, 5(3): e69601.
- Kasapoğlu, E.S., & Enç, N. (2017). Kronik kalp yetersizliğinin bakım yönetiminde hemşireler için bir rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(16), 35-44.
- Karadakovan, A., & Aslan E, F. (Ed.). (2017). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım, 101-103. Ankara. Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım.
- Karagöz, E. (2019). Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal desteğin ilaç uyumuna etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Karatas, T., & Bostanoğlu H. (2017). Perceived Social Support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4) .
- Ketildottir, A., Ingadottir, B., & Jaarsma, T. (2019). Self- reported health and quality of life outcomes of heart failure patients in the aftermath of a national economic crisis: a cross- sectional study, *ESC Heart Failure*, 6: 111–121.
- Korkmaz, M., & Aydın Avcı, İ. (2018). Kronik hastalığa sahip bireylerin olduğu ailelerde risk yaklaşımli hemşirelik, *SETSCI Conference Indexing System*, 866-868.
- Koirala, B. Himmelfarb, CRD., Budhathoki, C., & Davidson, PM. (2020). Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon*, 6(2): e03412.
- Liljeroos, M., Kato, N P., van der Wal, MHL., Brons, M., Luttik, ML., van Veldhuisen, DJ., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2020). Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(5): 421–432.
- Macabasco-O'Connell, A., DeWalt, DA., Broucksou, KA., Hawk, V., Baker, DW., Schillinger, D., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Holmes, GM., Erman, B., Weinberger

- , M., & Pignone, M. (2011). Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 26(9): 979–986.
- Malik, A., Brito, D., Vaqar, S., & Chhabra, L. (2022). Congestive Heart Fail, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430873/> Erişim Tarihi: 15.04.2023.
- McDonagh, T.A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J.G.F., Coats, A.J.S., Crespo-Leiro, M.G., Farmakis, D., Gilard, M., & Heymans, S. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 3599 3726.
- Mert, H., Demir Barutcu, C., & Sezgin, D. (2013). The Turkish version of self care of heart failure index V6. *HealthMED*, 7 (8), 2480-2486.
- Mert, H., & Bilik, Ö. (Ed.). (2020). Brunner & Suddarth'ın Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Klinikler El Kitabı, 371-377. Ankara, Palme Yayınevi.
- Mumcu, Ş. (2020). Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal desteğin öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Mutlu, İ. (2020). İleri evre kalp yetersizliği tanısı ve medikal tedavi dışında ileri tedavi yöntemleri. İçinde: M.K. Erol, V. Aytakin, M.M. Değertekin, C. Kırma, S. Özgül, E. Okuyan, B. Görenek, B. Mutlu, & A.A. Boyacı (Ed.). *Kardiyolojide Gri Alanlar*, 187-189. Ankara, Akademisyen Kitabevi A.Ş.
- Nalbantgil, S., Çavuşoğlu, Y., Akdeniz, B., Altay, H., Çelik, A., Engin, Ç., Güvenç, T.S., Mutlu, B., Orhan, G., Özin, B., Temizhan, A., Ural, D., Yıldırım, N., Yılmaz, M.B. (2018). İleri evre kalp yetersizliği rehberi. *Kardiyoloji Güncellemeleri Türk Kardiyoloji Derneği Dergisi*, 1(1):1-79.
- Nasrallah, M. (2023). Kalp yetmezliğinde hemşirelik bakımı. İçinde: F. Altıntaşoğlu Horasan (Ed.). *Sağlık Bilimleri Alanında Akademik Çalışmalar*, 99- 106. İstanbul, Karadeniz Kitap.
- O'Donnel, M., Mente, A., Alderman, M.H., Brady, A.J.B., Diaz, R., Gupta, R., Lo'pez-Jaramillo, P., Luft, F.C., Lüscher, T.F., Mancia, G., Mann, J.F.E., McCarron, D., McKee, M., Messerli, F.H., Moore, L.L., Narula, J., Oparil, S.,... & Yusuf, S. (2020). Salt and cardiovascular disease: insufficient evidence to recommend low sodium intake. *European Heart Journal*, 41, 3363–3373.

- Olana- Lizarraga, M., Wallström, S., Martín-Martín, J., & Wolf, A. (2023). Interventions on the social dimension of people with chronic heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 113–125.
- Özer, S. (2019). Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği, 105-120. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Özdamar, K. (2003). Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Eskişehir, Kaan Kitabevi.
- Patel, Y., & Joseph, J. (2020). Sodium intake and heart failure. *International Journal of Molecular Sciences*, 21, 9474.
- Porth, C. M., & Gaspard, K. J. (2018). Patofizyolojinin Temelleri. (Çev. M. Durusu Tanrıöver & A. Sarı).486–512. Palme Yayınları.
- Pour Asgar, H., Gökçe, S., Kunter, D., & Yöntem, H. (2016). Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi, F.N. Hem. Dergisi, 24(2): 66-71.
- Roger, V. L. (2021). Epidemiology of heart failure. *Circulation Research*. 128:1421–1434.
- Riegel, B., Driscoll, A., Suwanno, J., Moser, D.K., Lennie, T.A., Chung, M.L., Wu, J., Dickson, V.V., Carlson, B., & Cameron, J. (2009). Heart failure self-care on developed and developing countries. *Journal of Cardiac Failure*, 15(6): 508-516.
- Riegel, B., Lee, CS., & Dickson, VV. (2011). Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*, 8:644-654.
- Riegel, B., Moser, DK., Buck, HG., Dickson, VV., Dunbar, SB., Lee, CS., Lennie ,TA., Lindenfeld, J., Mitchell, JE., Treat-Jacobson, DJ., & Webber, DE. (2017). American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research . Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9): e006997.
- Sabetsarvestani, R., DENGHANI, S., & JEYHOONI, A.K. (2022). The relationship of social support and severity of disease with quality of life in heart failure patients. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 217-225.
- Salyer, J., Schubert, CM., & Chiaranai, C. (2012). Supportive relationships, selfcare confidence, and heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.*;27(5):384–93.
- Sarı, B., & Yılmaz, N. (2020). Hasta okulu ihtiyacının belirlenmesinde bireylerin öğrenim ihtiyacı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *G.Ü. İslâhiye İİBF Uluslararası E-Dergi*, 4(4):229-243.

- Sayers, SL., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, JC., & Samaha, FF. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med*, 35(1),70-79.
- Sedlar, N., Socan, G., Farkas, J., Mårtensson, J., Strömberg, A., Jaarsma, T., & Lainscak, M.(2017). Measuring selfcare in patients with heart failure: A review of the psychometric properties of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScBS). *Patient Education and Counseling*, 1304-1313.
- Shumaker S, C., Frazier, S.K., Moser, D.K., & Chung, M.L. (2017). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in patients with heart failure. *Journal of Nursing Measurement*, Volume 25, Number 1.
- Şabanoğlu, C., Bektaş Akpınar, N., & Özcan Yüce, U. (2023). Kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık uyumuna İlişkin Öz farkındalıkları: Nitel bir araştırma. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 14(33):51-57.
- Şentürk, S. G. (2020). Kronik hastalıkların yönetiminde öz yönetim stratejilerinin önemi ve hemşirenin rolü. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 4(1), 9-13.
- Taylan, S. (2021). Kalp yetmezliği ve hemşirelik süreci, İçinde: Eroğlu, N., , & Temiz, G. (Ed.). *Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Süreci*, 133-145. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tawalbeh, LI., Al Qadire, M., Ahmad, MM., Aloush, S., Abu Sumaqa, Y., & Halabi, M. (2017). Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Research in Nursing & Health*, 40(4): 350–359.
- TÜİK, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C3%96l%C3%BCm-ve-%C3%96l%C3%BCm-Nedeni-%C4%B0statistikleri-2021-45715&dil=1> 2022, Erişim Tarihi: 09.11.2023.
- Tülüce, D. (2012). Kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Türk Kardiyoloji Derneği (Türkiye Kalp Yetersizliği Yol Haritası) <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiyede-kalp-yetersizligi-yol-haritasi.pdf> Erişim Tarihi:25.04.2022
- Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu (Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım) <http://tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=273> Erişim Tarihi: 25.04.2022.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın, 2021. TÜİK Kurumsal (tuik.gov.tr) Erişim Tarihi: 29.10.2023.

- Türksen Ülkü, S., & Ünsar, S.(2022). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs* ,13(32): 159-166.
- Uchmanowicz, I., Polanska, JB., Mazur, G., & Froelicher, SE. (2017). Cognitive deficits and self care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 12:1565-1572.
- Wagenaar, KP., Broekhuizen, BDL., Jaarsma, T., Kok, I., Mosterd, A., Willems, FF., Linssen, GCM., Agema, WRP., Anneveldt, S., Lucas, CMHB., Mannaerts, HFJ., Wajon, EMCJ., Dickstein, K., Cramer, MJ., Landman, MAJ., Hoes, AW., & Rutten, FH. (2018). Effectiveness of the european society of cardiology/heart failure association website 'heartfailurematters. org'and an e-health adjusted care pathway in patients with stable heart failure: results of the 'e-Vita HF'randomized controlled trial. *European Journal of Heart Failure*, 21(2): 238–246.
- Wenn,P., Meshoyrer, D., Barber, M., Ghaffar, A., Razka, M., Jose, S., Zeltser, R., & Makaryus, A. (2022). Perceived social support and its effects on treatment compliance and quality of life in cardiac patients . *Journal of Patient Experince*, 9: 1-7.
- Yıldız, H. (2021). Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı, İçinde: N. Olgun, & S. Çelik (Ed.). *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*, 107-115. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yıldız Ayvaz, M., Enç, N. (2018). Kalp yetersizliğinde ödem. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 9(19):69–75.
- Yüce, N. (2021). Kalp yetmezliği hastalarında sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışları ve öz bakım arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Howard, A., & Jamshidi, F. (2013). A supportive-educational intervention for heart failure patients in Iran: the effect on self-care behaviours. *Nursing Research and Practice*, 492729.
- Zeng, W., Chia, SY., Chan, YH., Tan, SC., Low, EJH., & Fong, MK. (2016). Factors impacting heart failure patients? knowledge of heart disease and self-care management. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 26(1): 26–34.
- Zengin, H., & Yıldırım, V. (2019). Kalp yetmezliğinde palyatif bakım, İçinde: K. Kahveci, & C. Döğer (Ed.). *Palyatif Bakımın Temelleri*, 49-58. Ankara, Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Zuhur, Ő., & Özpancar, N. (2017). TŐrkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. HemŐirelikte Araştırma GeliŐtirme Dergisi, 219(2), 57-74.



EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma, kalp yetersizliği olan hastalarda bilgi düzeylerinin, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet A) Kadın B) Erkek

3. Medeni durum A) Evli B) Bekar

4. Eğitim durumu

A) Okur yazar değil B) Okur-yazar C) İlköğretim D) Lise E) Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumu

A) Çalışıyor (Mesleği.....) B) Çalışmıyor

6. Gelir düzeyi

A) Gelir giderden düşük B) Gelir gidere denk C) Gelir giderden yüksek

7. Birlikte yaşadığı kişiler

A) Eşimle B) Eşim ve çocuklarımla C) Yalnız yaşıyorum D) Diğer

8. Sigara kullanıyor musunuz? A) Evet B) Hayır

9. Alkol kullanıyor musunuz? A) Evet B) Hayır

10. Kronik hastalıklarınız var mı? A) Evet B) Hayır

11. Varsa hangi hastalıklar?

A) Hipertansiyon B) Diyabet C) Kanser D) Böbrek Hastalıkları E) Diğer

12. Kullandığınız herhangi bir protez var mı? İşaretleyiniz.

A) Takma diş B) Kalp pili C) Gözlük lens
D) İşitme cihazı E) Ekstremitte protezi (herhangi bir uzuvdaki protez) F)
Yok

13. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? A) Evet B) Hayır

14. Ne kadar süredir kalp yetmezliği hastalığına sahibsiniz?

15. Kalp Yetersizliği Fonksiyonu Sınıflaması (NYHA Evresi)

II. Evre (.....)

III. Evre (.....)

IV. Evre (.....)

16. Kalp yetmezliği hastalığınıza bağlı hastaneye hiğ yattınız mı?

A) Evet

B) Hayır

17. Soruya cevabınız evet ise kalp yetmezliği ile hastaneye kağ kez yattınız?

.....



Ek 2. Dutch Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği

Bu liste kalp yetersizliği ile ilgili bir dizi soru ve ifade içermektedir. Lütfen doğru olduğunu düşündüğünüz kutuyu işaretleyiniz (her soru için bir kutu işaretleyiniz).

1. Ciddi kalp yetmezliği olan hastalar ne kadar sıklıkla tartılmalıdır?

- A. Her hafta
 - B. Ara sıra
 - C. Her gün
-

2. Kalp yetersizliği olan hastaların düzenli tartılmaları neden önemlidir?

- A. Kalp yetersizliği olan birçok hastanın iştahı azaldığı için
 - B. Bedenin su tutup tutmadığını kontrol etmek için
 - C. İlacın doğru dozunu belirlemek için
-

3. Her gün evde ne kadar sıvı almanıza müsaade edilir?

- A. En fazla 1,5 – 2,5 litre arası
 - B. Mümkün olduğunca az sıvı
 - C. Mümkün olduğunca çok sıvı
-

4. Bu ifadelerden hangisi doğrudur?

- A. Çok öksürürken kalp ilacımı almamam daha iyidir
- B. Kendimi daha iyi hissediyorken kalp ilacı almayı bırakırım
- C. Kalp ilacını düzenli almam önemlidir.

5. Artan nefes darlığı veya bacakların şişmesi durumunda yapılacak en önemli şey nedir?

- A. Doktoru veya hemşireyi aramak
- B. Bir sonraki kontrole kadar beklemek
- C. Daha az ilaç almak

6. Kalp yetmezliği belirtilerinin hızla kötüleşme sebebi ne olabilir?

- A. Bol yağlı diyet
- B. Soğuk algınlığı veya grip
- C. Egzersiz yetersizliği

7. Kalp yetmezliği ne anlama gelir?

- A. Kalbin vücuda yeterli kanı pompalayamaması
- B. Kişinin yeterince egzersiz yapmaması ve formsuz oluşu
- C. Kalbin kan damarları içerisinde bir kan pıhtısı olması

8. Kalp yetersizliğinde bacaklar neden şişer?

- A. Bacak damarlarındaki kapakçıkların yetersiz çalışmasından dolayı
- B. Bacaktaki kasların yeterince oksijenlenmemesinden dolayı
- C. Bacaklarda sıvı birikiminden dolayı

9. Kalbin işlevi nedir?

- A. Kandan besinleri emmek
- B. Vücuda kan pompalamak
- C. Kana oksijen sağlamak

10. Kalp yetersizliği olan bir kişi neden düşük tuz diyeti uygulamalıdır?

- A. Tuz sıvı tutulumunu artırır
- B. Tuz kan damarlarının büzülmesine neden olur
- C. Tuz kalp hızını (nabzı) artırır

11. Kalp yetersizliğinin ana nedenleri nelerdir?

- A. Miyokart infarktüsü ve yüksek tansiyon
- B. Akciğer problemleri ve alerji
- C. Obezite ve diyabet

12. Kalp yetmezliği olan hastaların egzersizleri konusunda hangi ifade doğrudur?

- A. Kalbi rahatlatmak için evde mümkün olduğunca az egzersiz yapmak önemlidir
- B. Evde egzersiz yapmak ve aralarda dinlenmek önemlidir
- C. Evde mümkün olduğunca çok egzersiz yapmak önemlidir

13. Kalp yetmezliği olan birine neden diüretik ilaçlar yazılır?

- A. Kan basıncını düşürmek için
- B. Böbrekteki su tutulumunu önlemek için
- C. Bu durumda daha fazla su içmeleri için

14. Kalp yetmezliği ve kilo artışı ile ilgili hangi ifade doğrudur?

- A. 2 ya da 3 gün içerisindeki 2 kg'ı aşan artış bir sonraki kontrolde bildirilmelidir.
- B. 2 ya da 3 gün içerisinde 2 kg üzerinde bir artış olması durumunda doktor ya da hemşireyle temasa geçilmelidir.
- C. 2 ya da 3 gün içerisinde 2 kg'dan fazla bir artış durumunda daha az yemelisin.

15. Susadığında en iyi yapacağın şey nedir?

- A. Buz kalıbı emmek
- B. Pastil emmek
- C. Çok su içmek

Ek 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

- 1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek 4. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi

Bu formu, en son konuştuğumuzdan bu yana veya geçen aya göre kendinizi nasıl hissettiğinizi dşunerek doldurunuz.

BÖLÜM A:

Aşağıda, kalp yetersizliği olan hastalara verilen “**genel öneriler**” yer almaktadır. Siz bu nerileri **hangi sıklıkta** yapıyorsunuz?

| Ne sıklıkta ... | Asla veya nadiren | Bazen | Sıkça | Her zaman veya günlük olarak |
|---|-------------------|-------|-------|------------------------------|
| 1.Kilonuzu lersiniz? | | | | |
| 2.Ayak bileğinizde şişlik olup olmadığını kontrol edersiniz? | | | | |
| 3.Hasta olmaktan korunmaya alışsınız? (rn, grip aşısı, hasta insanlarla temastan kaçınmak) | | | | |
| 4. Fiziksel aktivite yaparsınız? | | | | |
| 5.Doktor ya da hemşire kontrolüne gidersiniz? | | | | |
| 6. Az tuzlu yiyecekler tüketirsiniz? | | | | |
| 7. Otuz dakika egzersiz yaparsınız? | | | | |
| 8. İlaçlarınızı almayı unutursunuz? | | | | |
| 9.Dışarıda veya ziyarete gittiğiniz yerlerde az tuzlu yiyecekler istersiniz? | | | | |
| 10.İlaçlarınızı almayı hatırlamak için bir yöntem kullanırsınız? | | | | |

BÖLÜM B:

Birçok hasta kalp yetersizliği nedeniyle belirtiler yaşar. Nefes alıp vermede zorlanma, ayak bileklerinde şişme kalp yetersizliğinin sıkça rastlanan belirtileridir. Geçen ay, nefes alıp vermekte zorlandınız mı veya ayak bileğinizde şişlik oldu mu? Birini işaretleyin.

0) Hayır 1) Evet

11. Eğer geçtiğimiz ay içerisinde nefes alıp vermekte sıkıntı yaşadysanız veya ayak bileğinizde şişlik olduysa...

| Bu belirtiler olmadı | Fark etmedim | Fazla hızlı değil | Biraz hızlı | Hızlı | Çok hızlı |
|--|--------------|-------------------|-------------|-------|-----------|
| Bunun kalp yetersizliğinin bir belirtisi olduğunu ne kadar hızlı fark ettiniz? | | | | | |

Aşağıda, kalp yetersizliği olan hastaların kullandıkları çözüm yolları verilmiştir. Eğer nefes alıp vermekte zorlanırsanız veya bileğinizde şişme olursa, bu çözüm yollarını uygulama olasılığınız nedir?

| | Düşük | Biraz | Olası | Yüksek |
|--|-------|-------|-------|--------|
| 12.Yemeklerde tuzu azaltmak | | | | |
| 13.Sıvı alımını azaltmak | | | | |
| 14.Ekstra bir idrar söktürücü almak | | | | |
| 15.Rehberlik için doktorunuzu veya hemşirenizi arama | | | | |

16. En son nefes alıp vermede sıkıntı veya ayak bileğinizde şişlik yaşadığınızda denediğiniz bir çözüm yolunun yararlı olup olmadığı konusunda ne kadar eminsiniz (bir rakam işaretleyin)


| Hiçbir şey denemedim | Emin değilim | Biraz eminim | Eminim | Oldukça eminim |
|----------------------|--------------|--------------|--------|----------------|
| | | | | |

BÖLÜM C:

Genel olarak, aşağıdakileri yapabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

| | Emin değilim | Biraz eminim | Çok eminim | Son derece eminim |
|---|--------------|--------------|------------|-------------------|
| 17. Kalp yetersizliği belirtilerinin korunabilme | | | | |
| 18. Size verilen tedavi önerilerinin uygulayabilme | | | | |
| 19. Belirtelerinizin ciddiyetini değerlendirebilme | | | | |
| 20. Sağlık durumunuzda değişiklik olduğunda fark edebilme | | | | |
| 21. Belirtelerinizi azaltacak bir şeyler yapabilme | | | | |
| 22. Yaptıklarınızın yararlı olup olmadığını değerlendirebilme | | | | |

Ek 5. Etik Kurul İzin Belgesi

**İstanbul Zaim
Universitesi**

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-28857
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Hüsniye KAYA
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

"Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Bilgi Düzeylerinin, Sosyal Desteğin ve Öz Bakımın İncelenmesi" başlıklı araştırmanız kurulumuzun 26.05.2022 tarihli ve 2022/05 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:51-Hüsniye KAYA Etik Onay Belgesi (1 sayfa)


Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: *BSVS7HHLV* Pin Kodu :35332
Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Kaçıköy/İstanbul
Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/0N3>
Bilgi için: Zeynep Funda TEZ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606




Ek 6. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL BÖLGE
VE TEŞCİL BİRİMİ
01/08/2022 13:25 E-15916306-604.01.01 - 10761



00172627433

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Hüsnüye KAYA'nın Yüksek Lisans
Araştırma Başvurusu Hk.

**MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE**

İlgi : 05/07/2022 tarihli ve 10678112-799-E-10678112-799-7871 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanenizde Hemşire olarak görev yapan ve İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hüsnüye KAYA, Dr. Öğr. Üyesi Zülfinaz ÖZER'in danışmanlığında devam eden "**Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Bilgi Düzeylerinin, Sosyal Desteğin ve Öz Bakımın İncelenmesi**" konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **25.08.2022** tarih ve **2022 / 16** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun Başhekimliğinizce sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
E-Devlet Portalı / Sağlık Hizmetleri Başkanlığı BAKANLIĞI İSTANBUL

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-saglik-baskanligi-cbys>

Telefon: Faks No: 3056
e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
SELMA.KARAHASANOGLU@saglik.gov.tr

KARAHASANOĞLU
HEMŞİRE
Telefon No: (0 212) 638 33 99



Ek 7. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Zülfünaz ÖZER danışmanlığında Hüsniye KAYA tarafından yürütülen “Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Bilgi Düzeylerinin, Sosyal Desteğin ve Öz Bakımın İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı kalp yetmezliği olan hastalarda bilgi düzeyinin, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

EĞİTİM

Yüksek Lisans: : İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Devam ediyor

Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sinop Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, 2009

Yabancı Dil: İngilizce / Orta seviye

MESLEKİ DENEYİM

2023: İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri KVC/ Kardiyoloji Servisi Sorumlusu

2015- 2018: İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşiresi

2012 - 2015: İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşiresi

2009 - 2012: Acıbadem Sağlık Grubu/ Acıbadem Fulya Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi/ Yoğun Bakım Ekip Lideri

07-09/2008: Acıbadem Sağlık Grubu / International Hospital Genel Yoğun Bakım Ünitesinde gönüllü stajyer hemşire

07-08/2007: İstanbul Üniversitesi/ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sadi Sun Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde gönüllü stajyer hemşire

BİLDİLER

Kaya, H., Özer, Z. (2023). Kalp Yetersizliği Tanılı Hastalarda Öz Bakım. IV. İZÜ Lisansüstü Öğrenci Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)