

T.C.

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ HASTALIK KABULÜ
İLE ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARINI GERÇEKLEŞTİRME
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Merve GÜNBAŞ

ORCID: 0000-0001-7868-3292

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR - 2021

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ HASTALIK KABULÜ
İLE ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI GERÇEKLEŞTİRME
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

Merve GÜNBAŞ
ORCID: 0000-0001-7868-3292

Danışman
Prof. Dr. Yasemin TOKEM

İZMİR – 2021

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı (İç Hastalıkları Hemşireliği) çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22 / 01 / 2021

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Yasemin TOKEM
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

İmza:.....

Üye:
Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

İmza:.....

Üye:
Dr. Öğr. Üyesi Fatma İLTUŞ
Selçuk Üniversitesi

İmza:.....

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Ahmet KOYU, Enstitü Müdürü

İmza:

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

o Tezimin/Raporumun 2023 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

o Tezimin/Raporumun 2023 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum. o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

22/01/2021

Merve GÜNBAŞ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Yasemin Tokem danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

22/01/2021

Merve GÜNBAŞ

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca teorik ve pratik anlamda faydalandığım değerli bilgileri, akademik gelişim ve mesleki yaşantımda yol gösterici deneyimleri, örnek aldığım profesyonel kişiliği, eğitim sürecimdeki her noktada gösterdiği anlayışı ve sabrı için değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Yasemin TOKEM'e,

Bu süreçte tüm nazımı çeken canım anneme, eğitim hayatım boyunca rol model aldığım canım ablama, uzmanlığımı göremese de hemşire olmamı sağlayan canım BABAMA,

Veri toplama sürecinde çalışmama katılarak görüşlerini benimle paylaşan hastalarım, mesleki deneyimlerinden faydalandığım Genel Yoğun Bakım ekibine,

Bu zorlu süreçte iyi günde kötü günde yanımda olan çok değerli yüksek lisans arkadaşlarıma, motivasyonumu kaybettiğimde yanımda olan dostlarıma sonsuz teşekkürler...

Merve GÜNBAŞ

2021

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ HASTALIK KABULÜ İLE ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI GERÇEKLEŞTİRME DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Merve GÜNBAŞ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim
Dalı -İzmir-2021

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma prospektif ve tanımlayıcı tipte planlanmış olup İzmir’de bir devlet hastanesinin kardiyoloji servisinde yatan hastalar arasından dahil edilme kriterlerine uyan 152 kalp yetersizliği hastasıyla yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama araçları olarak Tanıtıcı Bilgi Formu, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Hastalığı Kabul Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 25 paket programı ile kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikleri (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler), Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Anova, Spearman korelasyonu, Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için etik kurul onayı ve ilgili hastaneden kurum izni, çalışmaya katılan hastalar bilgilendirilmiş, sözel onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %54,6’sı kadın, %45,4’ü erkek hasta olup yaş ortalaması $72,89 \pm 10,65$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışları ölçeği puan ortalaması ($33,79 \pm 4,41$) ile öz bakımın yeterli düzey olduğu, hastalığı kabul ölçeği puan ortalaması ($21,92 \pm 3,65$) ile kabul düzeyi orta olarak tespit edilmiştir. Hastalığı kabul ölçeğinde New York Heart Association 2. ve 4. Evre arasında ve komorbid hastalık bölümünde böbrek hastalığı olma durumu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,005$). Öz bakım davranışları ölçeği alt boyutlarına göre incelendiğinde çalışma durumuna göre alt boyut 2 (aktivitelere bağlılık)’de, komorbid bir hastalık durumuna göre, komorbid endokrin hastalığına göre ve eğitim alma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,005$). Kişilerin Öz Bakım Davranışları Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hastalığı Kabul Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Hastaların hastalığı kabul düzeyleri ile öz bakım davranışları düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusundan kalp yetersizliği hastalarının hastalığı kabul düzeylerinin belirli aralıklarla ölçülmesi, öz bakım davranışlarını destekleyecek girişimler planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetersizliği, Hastalığı Kabul, Öz Bakım, Öz Bakım Davranışları, Hemşire

EXAMINING OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ACCEPTANCE OF
ILLNESS AND LEVEL OF ACTUALIZATION OF SELF-CARE BEHAVIOR IN
THE PATIENTS WITH HEART FAILURE

Merve GÜNBAŞ

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim
Dalı İzmir-2021**

ABSTRACT

Objective: The aim of this research is to examine the relationship between the illness acceptance and the level of self-care behavior of patients with heart failure.

Method: This research is planned in a prospective and descriptive type. It was conducted with 152 heart failure patients who met the criteria of being included among the patients in the cardiology department of a public hospital in Izmir. Descriptive Information Form, The European Heart Failure Self-Care Behaviors Scale-12 and Acceptance of Illness Scale were used as data collection tools. The analyzing of the data was made with the SPSS 25 package program, and descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values), Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Anova, Spearman correlation, and Kruskal Wallis test were used. Ethics committee approval, institutional permission from the relevant hospital, and verbal consent from the patients who participated were obtained to conduct the study.

Results: 54.6% of the patients participating in the study were female and 45.4% were male, and the mean age was found to be 72.89 ± 10.65 . The patients with heart failure participating in our study were found to have sufficient self-care with the mean score of the self-care behavior scale (33.79 ± 4.41), and the acceptance level of the illness acceptance scale (21.92 ± 3.65) as medium. A significant difference was found between NYHA stage 2 and 4 in the illness acceptance scale and between the status of having kidney disease in the comorbid disease section ($p < 0.005$). When the scale of self-care behaviors was examined according to sub-dimensions, a significant difference was found in sub-dimension 2 (commitment to activities) according to working status, according to a comorbid disease, comorbid endocrine disease and education status ($p < 0.005$). There was no statistically significant relationship between the total scores obtained from the Self-Care Behaviors Scale and the total scores from the Illness Acceptance Scale ($p > 0.05$).

Conclusion and Recommendation: There was no significant relationship between the illness acceptance and the self-care behavior of patients with heart failure. In line with our research, the acceptance levels of patients with heart failure should be measuring at regular intervals and interventions to support self-care behaviors should be planning.

Keywords: Heart Failure, Admission, Self Care, Self Care Behaviors, Nurse

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Hipotezler	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.Kalp Yetersizliğinin Tanımı.....	5
2.2.Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi.....	5
2.3.Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	6
2.4. Kalp Yetersizliğinin Patofizyolojisi	7
2.4.1. Frank Starling Mekanizması	7
2.4.2. Nörohormonal Sistem Aktivasyonu	8
2.4.3.Miyokardiyal Yeniden Yapılanma (Remodelling)	8
2.5.Kalp Yetersizliğinin Tipleri	9
2.5.1. Ejeksiyon Fraksiyon Hızına Göre (EF).....	9
2.5.2.Semptomların Başlama Zamanına Göre	10
2.5.3.Etkilenen Fonksiyon Bozukluğuna Göre	10
2.5.5.Kalp Debisine Göre.....	11
2.5.6.Öne Doğru ve Geriye Doğru Kalp Yetersizliği.....	11
2.6. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırmaları	11
2.7.Kalp Yetersizliğinin Semptom ve Bulguları	12
2.8.Kalp Yetersizliğinin Tanısı	13
2.8.1.Kalp Yetersizliğinin Tanısında Kullanılan Temel Testler	13
2.8.2.Rutin Laboratuvar Testleri	14
2.9.Kalp Yetersizliğinin Tedavisi	14

2.9.1.Kalp Yetersizliğinin Farmakolojik Tedavisi.....	14
2.9.2.Kalp Yetersizliğinde Cihaz Tedavisi	19
2.9.3.Kalp Yetersizliğinin Non-farmakolojik Tedavisi.....	19
2.10. Öz bakım	20
2.10.1. Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım	21
2.11.1. Hastalık Kabulü.....	22
2.11.2. Kronik Hastalıklarda Hastalık Kabulü	23
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. Hasta Tanıtıcı Formu (EK-1)	25
3.6.2. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği- 12 (EK-2). 25	
3.6.3. Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance of Illness Scale-AIS)	26
3.7. Veri Toplama Yöntemi	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.9. Araştırmanın Etiği	28
3.10.Araştırmanın Süresi.....	28
4.BULGULAR.....	29
4.1. Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bulgular	29
4.2. Hastalığa İlişkin Bulgular	31
4.3. Hastalığı Kabul Ölçeğine Ait Bulgular	32
4.5. Öz bakım Davranışları Ölçeğine Ait Bulgular	41
4.5.Öz bakım Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Bulgular	45
5.TARTIŞMA.....	64
5.1. Hastaların Hastalığı Kabullenme Durumları.....	64
5.2. Hastaların Öz bakım Davranışlarını Gerçekleştirme Durumları.....	67
5.3. Hastaların Öz Bakım Davranışları ve Hastalığı Kabul Durumları.....	70
KAYNAKLAR	73
EKLER	81
ÖZGEÇMİŞ	87

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojik Süreci	9
--	---



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği	11
Tablo 2. New York Kalp Cemiyeti (NYHA) Sınıflaması	12
Tablo 3. Amerikan Kalp Cemiyeti (ACC/AHA) Sınıflaması	12
Tablo 4. Framingham Kriterleri	13
Tablo 5. Tuz Kullanımı	20
Tablo 6. Sıvı Alımı	20
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	29
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığa İlişkin Bulguları	31
Tablo 9. Çalışmada Kullanılan Hastalığı Kabul Ölçeği için Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı	32
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeği Ortalama Puanı	32
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeğine Göre Sınıflandırılması	33
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeğine Verdikleri Cevaplara göre Dağılımları	33
Tablo 13. Sosyodemografik Özelliklere Göre Hastalığı Kabul Ölçek Puanlarının Dağılımı	35
Tablo 14. Hastalığı Kabul Ölçeği Toplam Puanları ile Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	38
Tablo 15. Hastalığa İlişkin Bulguların Hastalığı Kabul Ölçek Puanına Göre Dağılımı	39
Tablo 16. Hastalığı Kabul Ölçeği Toplam Puanları ile Kalp Yetersizliği Tanı Süresi Arasındaki İlişki	41
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kişilerin Öz Bakım Davranışları Ölçek Puan ortalaması	41
Tablo 18. Çalışma Kapsamında Öz Bakım Davranışları Ölçeği İçin Güvenilirlik Tablosu	42
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kişilerin Öz Bakım Davranışları Ölçeğine Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları	42
Tablo 20. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 21. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 22. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 23. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanlar ile Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	48
Tablo 24. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Karşılaştırılması	49

Tablo 25. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 26. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 27. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 28. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının ile Kalp Yetersizliği Tanı Süresi Arasındaki İlişki	54
Tablo 29. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının NYHA Sınıfı Değişkenine Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 30. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Kalp Hastalığı Dışında Herhangi Bir Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 31. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Kalp Hastalığı Dışında Olan Hastalığa Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 32. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Kalp Yetersizliği ile İlgili Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 33. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Eğitimin Kimden Alındığına Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 34. Hastalığı Kabul Ölçeği Toplam Puanları ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki	62

KISALTMALAR DİZİNİ

ACEİ: Anjiyotensin Çevirici Enzim

ANP: Atriyal Natriüretik Peptik

AHA: Amerikan Kalp Birliği

AKY: Akut Kalp Yetersizliği

AKYBÖ: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği

AMİ: Akut Miyokard İnfarktüsü

ARB: Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri

BNP: Beyin Natriüretik Peptik

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EF: Ejeksiyon Fraksiyonu

EKG: Elektrokardiyografi

EKO: Ekokardiyografi

ESC: European Society Cardiology

GFH: Glomerül Filtrasyon Hızı

HAPPY: Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri

HKÖ: Hastalığı Kabul Ölçeği

ICD: İmplant Edilebilen Cardioverter Defibrilatörler

KY: Kalp Yetersizliği

KKY: Kronik Kalp Yetersizliği

KAH: Koroner Arter Hastalığı

MRA: Mineralokortikoid Reseptör Blokeri

NYHA: New York Heart Association

NSAİİ: Steroid Olmayan Anti-İnflamatuar İlaç

RAAS: Renin Anjiyotensin Aldosteron Siste

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbiditeye neden olan en önemli hastalıkların başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2014 verilerine göre en yüksek ölüm oranına sahip ilk 10 hastalık içerisinde kardiyovasküler hastalıklar birinci sırada yer almaktadır. 2016 yılında dünya çapında meydana gelen 56.9 milyon ölümün %54'ünü ilk 10 hastalık oluşturmuş. 2016 yılında meydana gelen toplam 15.2 milyon ölümün sebebi iskemik kalp hastalığı ve inme-serebrovasküler hastalıklardır. Son yıllarda yaşlı nüfusunun artması kardiyak hastalık insidansını da arttırmaktadır (1). Amerika Kalp Birliği (American Heart Association, AHA) 2015 yılında elde edilen sonuçlara göre Amerika'da yaklaşık 5.7 milyon kalp yetersizliği hastası bulunmakta ve bu sayıya her yıl 870.000 yeni vaka eklenmektedir (2). Ülkemizde yapılan Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey [HAPPY]) çalışmasında 2012 yılında yayınlanan verilere göre erişkinlerde KY prevalansı %2.9 olarak bulunmuştur. Türkiye'de 2010 yılı verileri göre >35 yaş nüfusun 29.6 milyon civarında olduğu düşünüldüğünde yaklaşık 2 milyon 424 erişkinde kalp yetersizliği mevcut olduğu bildirilmektedir(3).

Kalp yetersizliği (KY) kalpteki yapısal ve işlevsel bozukluklar nedeniyle oluşan, hastalarda tipik olarak belirti ve bulgularla seyreden, kanın ventrikül atım (sistol) veya dolumunun (diyastol) yapısal ve fonksiyonel bozukluğuyla karakterize klinik bir tablodur. Kalp yetersizliğinin en yaygın nedenleri arasında Koroner Arter Hastalığıdır (KAH) bulunmaktadır. Kalp yetersizliği gelişimine neden olan en önemli faktörler; kardiyomiyopatiler, kontrolsüz hipertansiyon, ailede kalp yetersizliği öyküsünün bulunması, diabetes mellitus, sigara ve alkol kullanımıdır. Kalp yetersizliği gelişmesi riski hipertansiyonu olan bireylerde arter kan basıncı normal olanlara göre iki kat daha fazla, akut miyokart infarktüsü (AMI) geçirenlerde ise geçirmeyenlere göre beş kat daha fazladır. Genel popülasyon ile kıyaslandığında KY'li hastalarının ölüm riski 6-9 kat daha fazla olduğu görülmüştür (4).

Kalp yetersizliği tanılı bireylerin öz bakım uygulamalarının geliştirilmesi için yapılması gereken en önemli girişim bireysel eğitimidir. Hastaların spesifik eğitim almalarının gerekliliği kılavuzlarda da belirtilmiştir (5). Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini geliştirmeleri için uzman hemşireler tarafından eğitim almaları gerekmektedir. Bu eğitim programına multidisipliner bir yaklaşımla ailenin de katılması önerilmektedir (6). Kalp yetersizliğinin genel belirtileri dispne, aktivite intoleransı, periferik ve pulmoner ödem, yorgunluktur. Eğitimler sayesinde hastanın hangi durumlarda hastaneye başvurması, nasıl beslenmesi gerektiği, egzersizin önemi gibi konularda bilgi sahibi olması sağlanır. Bu belirtiler hastaların günlük yaşam kalitesini, konforunu bozmakta ve fonksiyonel kapasitesini azaltmaktadır. Yaşam kalitesi ve konforu bozulması sonucunda hasta gerekli öz bakım aktivitelerini yerine getirememektedir (6). Kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yatan tüm hasta ve yakınlarının düzenli taburculuk eğitimine alınması sağlanmalı, taburculuk sonrasında hasta yakınının düzenli ilaç alımı, beslenme şekli izlenmeli, ödem takibi, günlük kilo izlemi, aktivite düzeyi takip edilmeli, semptomlar kötüleştiğinde hastaneye başvurması gerektiği öğretilmelidir (4). Kalp yetersizliği tamamen tedavi edilebilir bir hastalık değildir. Ancak farmakolojik tedavi ve öz bakım uygulamaları sayesinde semptomlar kontrol altına alınabilir. Öz bakım eksikliği KY hastalarında yaşam süresini azaltmakta ve tekrarlı hastaneye yatışları arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada öz bakımın mortalite üzerine etki eden tek etmen olmasa da, hayatta kalma oranını %50 arttırdığı gözlemlenmiştir (7).

Kronik bir hastalığa uyum genellikle çok zordur. Bu zorluk aslında nasıl baş etme davranışlarının gösterildiğine bağlıdır. Bu konu ile ilgili literatürde hastalık kabulü ve otonomi geliştirilmesi hastalığı yönetme ve hastalıkla baş etmede en önemli noktalardan biri olduğu gösterilmiştir (9,10). Kabul; inkar kavramının karşıt anlamıdır. Hastalığı kabul de hastanın hastalığını olumlu ve olumsuz bütün yönleriyle kabul etmesi, hastalığının farkında olması olarak tanımlanabilir. Farkındalık hastanın pozitif bir tutum sergilemesini sağlar. Hastalığı kabul aslında hasta ve hastalık arasında yapılan bir sözleşme olarak kabul edilebilir (11). Bu durum hasta bireyin hastalığı nedeniyle meydana gelecek yaşam tarzı değişimlerine hazır hale gelmesidir. Hastalığını kabul eden birey hastalığa karşı olumlu bir tutum sergilemiş olur.

Hastalığı kabul ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığını kabul eden bireylerin yaşamdan memnun, öz saygısı yüksek olan ve izolasyon ihtiyacının daha az olduğunu düşünen bireyler olduğu gözlenmiştir (11). Hastanın hastalığı kabulü ile öz bakım davranışları ve yaşam tarzında meydana gelen değişimlerle hastalığın kontrol altına alınmasında büyük öneme sahiptir (12,13,14). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastalık kabulünün yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada hastalık kabul puanı düşük olan hastaların ağrı, mobilite, uyku, sosyal izolasyon gibi yaşam kalitesi maddelerinden daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir (15). Yapılan başka bir çalışmada 204 kronik kalp yetmezliği hastasında yaşam kalitesinin düşmesi hastalık kabul düzeyinin düşmesine, tedaviye etkin katılmamaya neden olduğu gözlenmiştir (16). Bireyin hastalığı kabul durumu hastayı gözleyerek, izleyerek, görüşmeler yaparak ve tedaviye uyumunu değerlendirerek yapılabilir. Ancak bu uzun süreli bir iştir. Hastalığı kabul durumunu belirlemek için güvenilir ve objektif ölçüm yapılabilecek bir araca gereksinim bulunmaktadır. Bunun için Besen(2009) tarafından tip 2 diyabetli bireylerde hastalık kabul ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği yapılarak literatüre kazandırılmıştır (17).

Kronik hastalıklarda tedavi ve bakımın etkin sürdürülebilmesi için tedaviye başlamadan önce hastanın hastalığını kabul edip etmediğine bakılmalıdır. Çünkü hastalığını kabul eden birey öz bakım davranışlarında istendik değişiklikler meydana getirir. Tedaviye etkin katılır, semptom takibini düzenli yapar. Hastalığını kabul etmeyen birey tedaviye uyum göstermez, davranış değişikliği ve yaşam tarzı değişikliği meydana getirmez. Hastalığı kabul düzeyi düşük çıkarsa tedaviye başlamadan önce psikolojik, sosyal desteklerle kabul düzeyi arttırılmaya çalışılır. Bu bilgilerden yola çıkarak kalp yetersizliği tanımlı hastaların hastalık kabul düzeyleri ve öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeylerinin belirlenip aralarındaki ilişkinin saptanması hedeflenmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar KY hasta grubunda hastalık kabulünün önemine vurgu yapılabilir ve hastalık kabulü daha iyi olan hastaların öz bakımlarını daha iyi yaptıklarını gösterebilir. Böylelikle hasta eğitimleri içine hastalığı kabul etmenin önemi ve güçlendirilmesi konularına ağırlık verilebilir. Bu anlamda literatüre katkı sağlanabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.3. Hipotezler

- Hipotez 1: Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabul düzeyi yüksektir
- Hipotez 2: Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri yüksektir.
- Hipotez 3: Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kalp yetersizliği hastalarında hastalığı kabul ile ilgili yapılan çalışmaların az olması nedeniyle bulguların tartışılması kısıtlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Son 70 yılda kalp yetersizliği ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Kalp Yetersizliğinin ilk tanımı 1933 yılında Thomas Lewis tarafından ‘Kalp içeriğinin yeterli miktarda boşaltılamaması durumu’ olarak tanımlanmıştır (18). Paul Wood ise ‘Kalbin vücut için gerekli olan dolaşımı sağlayamaması durumu’ olarak tanımlamıştır. Kalp Yetersizliği için eskiden sol ventrikülün pompa yetersizliği üzerinde daha çok durulmuşken şimdilerde hastaların semptom ve fiziki bulgularıyla tanımlanması gereken bir sendrom olarak tanımlanmıştır (19).

Kalp Yetersizliği 2016 European Society Cardiology (ESC) Kılavuzunda yapısal veya işlevsel kardiyak anormalliklerin sonucunda oluşan stres veya istirahat sırasında azalmış kalp debisi veya intrakardiyak basıncın artması sonucu oluşan bulgular (pulmoner raller, periferik ödem, juguler basınç artışı, kalp tepe atımının yer değiştirmesi) ile birlikte tipik semptomların (dispne, gode bırakan ödem, yorgunluk) görüldüğü klinik bir sendrom olarak tanımlanmıştır (5). Dünya Sağlık Örgütü de dispne ve yorgunluk gibi önemli belirtisi olan bir kalp hastalığı şeklinde tanımlamıştır (19).

Kalp yetersizliği (KY) kalpteki yapısal ve işlevsel bozukluklar nedeniyle oluşan, hastalarda tipik belirti ve bulgularla seyreden, kanın ventrikül atım (sistol) veya dolumunun (diastol) yapısal ve fonksiyonel bozukluğuyla karakterize klinik bir tablodur (21).

2.2.Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

Kalp Yetersizliğinin görülme oranı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde zaman ilerledikçe artış göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde yetişkin toplumda ortalama %1-2 oranında KY görülmektedir. Belirtilen oran 70 yaş ve üzerinde yaşlı toplumda \geq %10’a kadar yükselmektedir (5). AHA 2012 yılından 2030 yılına kadar kalp yetersizliği görülme oranında %46’lık artış beklemektedir. 2030 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (her 33 kişiden 1’inde) 18 yaşından büyük 8 milyondan fazla bireyde kalp yetersizliği görüleceğini tahmin ediyor (5).

Kalp yetersizliği maliyetinin 2012'de 31 milyar dolardan 2030'da 70 milyar dolara yükseleceği tahmin edilmektedir (20).

Koroner arter hastalığı genç yaş grupta daha çok görülmektedir. Bu nedenle genç yaşlarda erkeklerde daha çok görülmekte ancak ileri yaşlarda her iki cinsiyetteki prevalansı eşittir. Genel popülasyonla kıyaslandığında kalp yetersizliği tanısı konmuş bireylerde ölüm riski 6-9 kat artmaktadır (21). Kalp yetersizliği 65 yaş ve üzerinde % 6-10 oranında görülürken, tüm erişkin popülasyonda bu oran %2 civarındadır (22).

Türkiye Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Göstergeleri alışmasının (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey HAPPY) sonucuna göre ülkemizde erişkin nüfusta kalp yetersizliği prevalansı %2.9'dur. 2010 yılındaki kayıtlara göre 35 yaş üzeri nüfusun 29.6 milyon olarak varsayıldığında yaklaşık 2 milyon 424 bin erişkinin kalp yetersizliğine sahip olduğu bulunmuştur(3).

KY görülme sıklığı kadınlara oranla erkeklerde daha çok görülmektedir. 55 yaşındaki bir kişide tüm yaşamı boyunca kalp yetersizliği oluşma riski kadınlarda %28 iken erkeklerde bu oranın %33 olduğu görülmüştür (5). AHA tarafından 2019 yılında yayınlana Kalp Hastalıkları ve İnme İstatistik Kılavuzu'nda insidansın 60-79 yaş aralığındaki erkeklerde %77.2 iken bu oran kadınlarda %78.2 olduğunu bildirmiştir (22).

Yaşlı popülasyonu arttıkça kronik hastalık görülme oranı da artmaktadır. Kalp yetersizliği insidans ve prevalansı arttıkça mortalite oranı da artmaktadır. Hipertansiyon, diabetes mellitus, dislipidemi gibi kronik hastalıkların artması ve iskemik kalp hastalıklarında yaşam süresinin uzamasının kalp yetersizliği insidansını arttırdığı görülmüştür (23).

2.3.Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Koroner Arter Hastalığı (KAH) kalp yetersizliğinin en yaygın nedenidir. Miyokardit, çeşitli kapak hastalıkları ve kardiyomi~~y~~opatiler kalp yetersizliği riskini arttırmaktadır. AMİ kalp yetersizliği gelişimini 4-6 arttırmaktadır (24).

Başlıca kalp yetersizliği nedenleri (21);

1) Kardiyak yük değişikliğine sebep olan kalp kapak hastalıkları

- a) Ard yük artışına bağlı (aort stenozu)
- b) Ön yük artışına bağlı (aort, mitral, triküspit yetmezlikleri, Atriyal Septal Defekt, Ventriküler Septal Defekt)

2) Miyokard hastalığına bağlı kalp yetersizliği

- a) Koroner kalp hastalığı
- b) Hipertansiyon
- c) Kardiyomiyopatiler
- d) Toksinler
- e) İlaçlar
- f) Endokrin Hastalıkları

2.4. Kalp Yetersizliğinin Patofizyolojisi

Kalp yetersizliğine neden olan hastalık ya da diğer durumlar nedeniyle miyokardın kasılma gücü azalır böylece ventrikülün sistol veya diyastol işlevi ya da her ikisi birlikte bozularak kalp debisi düşer. Kalbin bu tablo sonucunda vücuda gereken miktarda kan pompalayabilmesi ve debiyi dengelemesi için bazı kompensasyon mekanizmaları devreye girer (21).

Kalbin pompalama işlevini yürüten başlıca kompensasyon mekanizmaları (21);

- a) Frank Starling Mekanizması
- b) Nörohormonal Sistem Aktivasyonu
- c) Miyokardiyal Yeniden Yapılanma (Remodelling)

2.4.1. Frank Starling Mekanizması

Miyokardın kasılma gücü azaldığında kalbin yüksek preload etkisiyle atım hacmini ve kalp debisini arttırdığı duruma Frank-Starling mekanizması denir (25).

2.4.2. Nörohormonal Sistem Aktivasyonu

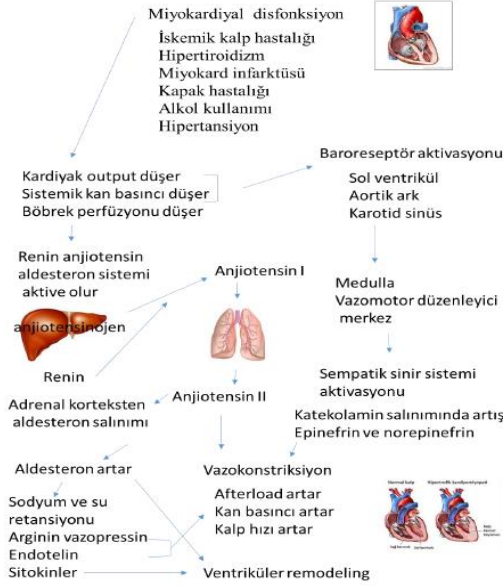
Frank-Starling mekanizması gibi kardiyak output azalınca nörohormonal sistem hemen devreye girer. Sonrasında sempatik sistem stimüle olur. Durum kronikleşince renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS) ve diğer hormonlar (atriyal natriüretik peptik- ANP, vazopressin, beyin natriüretik peptik – BNP gibi) aktive olur, kalp hızını ve miyokard kasılmasını artırır(26).

2.4.3.Miyokardiyal Yeniden Yapılanma (Remodelling)

Kalpte preload ve afterloadın artmasıyla miyokardın kütle ve hacminde artış, interstisyel dokularda genişleme oluşur. Miyokard yeniden şekillendiği için kalp hemodinamik yüke uzun sürede uyum sağlamaya çalışır. Diğer mekanizmaların haricinde bu mekanizma oldukça yavaş gelişir, bu gelişme haftalarca aylarca sürebilir (27).

Sol ventrikül işlevinin bozulması ile ejeksiyonfraksiyonun azalır. Bunun sonucunda sempatik sinir sistemi uyarımı ile epinefrin, norepinefrin salınımı oluşur. Kalbin hızı artar ve hastalarda taşikardi meydana gelir. Böbreğe giden kan akımının azalır ve böbreklerden renin salınımı başlar. Renin ile anjiyotensin I oluşur. Anjiyotensin I, anjiyotensin çevirici enzim (ACEİ) yardımı ile kan damarlarında anjiyotensin II' ye dönüşür. AnjiyotensinII, renal efferent arteriollerde ve sistemik sirkülasyon üzerinde kuvvetli vazokonstrüktör etkiye sahiptir ve bu etki aldosteron salınımına yol açar. Aldosteron böbrekte su ve tuz tutulumunu sağlar, ayrıca miyokard üzerine olumsuz etkileri nedeni ile miyokard fibrozunu ağırlaştırır.Renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS) hem belirti ve bulguların ortaya çıkmasında hem de bu bulguların ilerlemesinde önemli yere sahiptir. RAAS ve anjiyotensin II vazodilatör etki yaparak atriyal natriüretik peptid etkisini azaltır, endojen vazokonstriktör olan endotelin seviyesini artırarak tablonun daha da ciddileşmesine neden olur. Bu kompensasyon yanıtlar kalpte debiyi yükseltmeye yönelik çalışsa da zaman geçtikçe klinik tablonun ağırlaşmasına, debinin düşmesine, miyokardın oksijenlenmesinin bozulmasına ve miyokardın iş yükünün artmasına neden olur. Miyokardın iş yükü artınca miyofibrillerin kontraktilitesi azalır (27). Bunun sonucunda, miyokardın duvar gerilimi ve ventrikül içindeki diyastol sonu volüm

artar ve ventrikülde dilatasyon oluşur. Ventrikülün büyümesiyle ventrikül duvarına binen yük ve iş yükü daha da artar. İleri dönemde miyokard kasında gelişen hipertrofi nedeniyle miyokarda iletilen enerji miktarı azalır ve miyokard iskemisi ile noktalanır (21).



Şekil 1. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojik Süreci (26)

2.5. Kalp Yetersizliğinin Tipleri

2.5.1. Ejeksiyon Fraksiyon Hızına Göre (EF)

Bu grup tanımlaması sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) hızına göre yapılır. Kalpte yapısal bozukluğu (sol ventrikül hipertrofisi ya da sol atriyal genişleme) ve/veya diyastolik disfonksiyon olup; sol ventrikül EF'si \geq %50'nin üzerinde ise korunmuş EF'li kalp yetersizliği olarak isimlendirilir. Kalpte yapısal bozukluğu (sol ventrikül hipertrofisi ya da sol atriyal genişleme) ve/veya diyastolik disfonksiyon olup; sol ventrikül EF'si 40-49 arasında ise orta sınırdaki EF'li kalp yetersizliği olarak isimlendirilir. Sol ventrikül EF'si $<$ % 40 ise azalmış EF'li kalp yetersizliği olarak isimlendirilir (5).

2.5.2.Semptomların Başlama Zamanına Göre

Akut ve kronik kalp yetersizliği olarak ikiye ayrılır.

Akut Kalp Yetersizliği (AKY): Semptomların başlangıcı ani olur ve semptomların şiddeti giderek artar. Acil müdahale gerektiren ve hayatı tehdit eden bir durumdur. Hastalarda ani başlayan eforla birlikte nefes darlığı, akciğer ödemi ve kardiyojenik şok görülür (28).

Kronik Kalp Yetersizliği (KKY): Semptomları bir süredir takip edilen hastalar için kullanılır. Hastalarda genelde assit ve periferik ödem mevcuttur. En az bir aydır kalp yetersizliği bulguları kontrol altında tutulan hastalar için 'kararlı'(stabil) terimi kullanılır. KKY belirti ve bulguların kötüleştiği ve hastaneye yatışı gerektiren 'dekompanse' terimi kullanılır (5).

2.5.3.Etkilenen Fonksiyon Bozukluğuna Göre

Sistolik ve diyastolik kalp yetersizliği olarak sınıflandırılır. Kontraksiyon bozukluğu veya boşalma yetersizliği nedeniyle kanı perifere pompalayamaması sistolik kalp yetersizliğini, kalbin doluş yetersizliği nedeniyle kanı pompalayamaması diyastolik kalp yetersizliğini tanımlamaktadır (19).

2.5.4.Kalbin Etkilenen Tarafına Göre: Sağ ve sol kalp yetersizliği

Tablo 1. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği

	Sol Kalp Yetmezliği	Sağ Kalp Yetmezliği
Nedenler	Sol ventrikülün infarktüsü, aortik kapak stenozu, hipertansiyon ve hipertroidizm	Sağ ventrikülün infarktüsü, pulmoner kapak stenozu ve pulmoner hastalık (korpulmonale)
Temel etkiler	Azalan kardiyak output ve pulmoner konjesyon	Azalan kardiyak output ve sistemik konjesyon
Göstergeler	Pulmoner konjesyon, dispne ve aktivite	Ödem ve kilo alımı
İleri dönemde etkileri (azalan output)	Yorgunluk, güçsüzlük, dispne;egzersiz intoleransı ve soğuk intoleransı	Yorgunluk, güçsüzlük, dispne;egzersiz intoleransı ve soğuk intoleransı
Kompansasyon	Taşikardi,solgunluk, sekonder polisitemi ve gün içinde oligüri	Taşikardi,solgunluk, sekonder polisitemi ve gün içinde oligüri
Geri etkileri	Ortopne, öksürük, sık nefes alma, paroksizmal noktürnal dispne, hemoptizi ve raller	Ayaklarda bağımsız ödem, hepatomegali, splenomegali, assit, dolgun boyun venleri, baş ağrısı ve kızarıklık

2.5.5.Kalp Debisine Göre

Bu grupta kalbin yapısında bir bozulma yoktur. Anemi, tirotoksikoz, karaciğer yetmezliği, arteriyovenöz şantlar gibi tıbbi durumlar kalp yetersizliği belirti ve bulgularını vererek onu taklit etmektedir (19).

2.5.6.Öne Doğru ve Geriye Doğru Kalp Yetersizliği

Öne doğru kalp yetersizliğinde debi düşüklüğü ile karakterize semptomlar görülür, geriye doğru kalp yetersizliğinde sistemik veya venöz konjesyona ait semptomları içerir.

2.6. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırmaları

Kalp yetersizliğinin semptom ve fiziksel aktivite üzerine kurulu New York Kalp Birliği (New York Heart Association, NYHA) sınıflaması tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. New York Kalp Cemiyeti (NYHA) Sınıflaması

Sınıf I	Fiziksel aktiviteye engel bir durum yok. Normal fiziksel etkinlik esnasında dispne, yorgunluk, halsizlik ya da çarpıntıya neden olmaz
Sınıf II	Orta fiziksel aktivite kısıtlanması var. Dinlenme esnasında rahat ama normal fiziksel aktivite esnasında beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar
Sınıf III	Belirgin fiziksel aktivite kısıtlanması. Dinlenme esnasında rahat ama normal düzeyin altında fiziksel aktivite dispne, halsizlik ya da çarpıntıya neden olur
Sınıf IV	Herhangi bir rahatsızlık duymadan fiziksel aktivite yapamama. Dinlenme esnasında belirtiler olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite esnasında belirtilerde artış görülür

*2016 ESC Kılavuzu (5)

Diğer sınıflama hastalığın semptomlarını kalbin morfolojik özelliklerine göre tanımlayan Amerikan Kalp Cemiyeti'nin (ACC/AHA) sınıflamasıdır. İlk iki A ve B evreleri asemptomatik KKY riski mevcutken, diğer B ve D evreleri semptomatik KKY riski vardır.

Tablo 3. Amerikan Kalp Cemiyeti (ACC/AHA) Sınıflaması

Evre A	KKY gelişme riski yüksek. Ancak herhangi bir semptom veya yapısal bozukluk yok
Evre B	KKY'yi doğrulayan yapısal kalp hastalığı mevcut, ancak semptom yok.
Evre C	Yapısal kalp hastalığına eşlik eden semptomlar mevcut.
Evre D	Maksimal tıbbi tedaviye rağmen yapısal kalp hastalığı ve buna bağlı istirahat semptomları mevcut

*2016 ESC Kılavuzu (5) KKY: Kronik Kalp Yetmezliği

2.7. Kalp Yetersizliğinin Semptom ve Bulguları

Kalp yetersizliğinin belirtilerinin temelinde dispne, yorgunluk, periferik ödeme neden olan sıvı retansiyonu gibi nedenleri vardır. Tipik olarak dispne, ortopne, ayak bileğinde şişlik, paroksizmal noktürnal dispne, halsizlik, yorgunluk görülür. Daha az tipik belirtileri gece öksürükleri, wheezing, kilo artışı >2 kg/hafta, depresyon, çarpıntı, senkop gibi belirtileri vardır. Bulgulara bakıldığında; juguler ven basıncında artış, üfürüm, akciğerlerde krepitasyon, taşikardi, periferik ödem, asit görülür (5).

2.8.Kalp Yetersizliğinin Tanısı

Kalp yetersizliği tanısı koymak için Framingham Kriterleri, Boston Kriterleri ve Duke Kriterleri kullanılmaktadır.

Tablo 4. Framingham Kriterleri

Majör Kriterler	Minör Kriterler
*Paroksizmal noktürnal dispne veya ortopne	*Pretibial ödem
*Boyun venlerinde dolgunluk	*Gece öksürüğü
*Akciğerlerde raller	*Efor dispnesi
*Kardiyomegali	*Hepatomegali
*Akut Pulmoner Ödem	*Plevral effüzyon
*S3 gallop	*Maksimum vital kapasitede 1/3'ten fazla azalma
*Juguler ven basınç artışı > 16 mmH ₂ O	*Taşikardi (kalp atım hızı >120 atım/dk)
*Hepatojuguler Reflü	
*Dolaşım süresinin 25 milisaniyeden fazla olması	
Majör veya Minör Kriterler	
Tedavi ile 5 günde >4.5 kg kaybetme	

- Bu tabloya göre kalp yetersizliği tanısı koymak için 2 majör veya 1 majör ve 2 minör kriterin olması beklenir.

2.8.1.Kalp Yetersizliğinin Tanısında Kullanılan Temel Testler

Ekokardiyografi (EKO): Kalp boşluk hacimleri, ventrikül sistolik ve diyastolik işlevleri, kalbin iç yapısı, duvar kalınlıkları ve kapak işleyişi ile ilgili hızlı bilgi verir. Sol ventrikül EF'sini ölçerek tanı koymayı sağlar.

Elektrokardiyografi (EKG): Sinoatriyal hastalık, anormal intraventriküler, kalp ritmi ve elektriksel ileti gibi durumları gösterir. EKG, Q dalgalarını (canlı miyokart kaybı) göstererek kalp yetersizliğine kanıt oluşturur. Bu iki test vakaların çoğunda ilk tanıyı koymayı ve tedaviyi planlamayı sağlar.

Akciğer Röntgeni: Sınırlı bilgi vermektedir. Semptomlar sebebiyle ortaya çıkan akciğer patolojisini gösterir.

Natriüretik Peptitler: En yaygın kullanılanları Beyin Natriüretik Peptid (BNP) ve N Terminal beyin natriüretik peptid öncüsü(NT-proBNP)'dir. Kalp yetersizliği bulguları özgül olmadığı için bu semptomlara sahip hastalarda bu testlerle kardiyak kökenli olup olmadığı belirlenir (4).

2.8.2.Rutin Laboratuvar Testleri

Rutin olarak hemogram ve biyokimyasal testlere bakılır. Böbrek yetmezliğini belirlemek ve ACE-inhibitörü/ARB veya MRA dozunu belirlemek için kreatinin, GFH bakılmalıdır. Kalp yetersizliği şiddetini arttıracakı düşünölen tiroid-stimulan hormonun düzeyine bakılmalıdır. Yapılması gereken en önemli testlerden biri natriüretik peptid ölçümüdür. En sık kullanılan brain natriüretik peptid (BNP) ve N-terminal pro-BNP (NT-proBNP) 'dir. Duvar gerilimi sonucunda ventriköler miyositler tarafından salınır. EKO çekilemeyen durumlarda natriüretik peptid düzeyiyle tanı konulabilmektedir (4).

2.9.Kalp Yetersizliğinin Tedavisi

2.9.1.Kalp Yetersizliğinin Farmakolojik Tedavisi

Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde anjiyotensin çevirici enzim inhibitörleri, anjiyotensin II reseptör blokerleri, beta blokerler, hidralazin/isosorbid dinitrat, diüretikler ve dijital grubu ilaçlar oluşturur.

2.9.1.1.Anjiyotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri (ACEİ)

Sol ventrikölün sistolik işlevlerinin düzenlenmesinde etkili olan başlıca ilaçtır. KY tedavisinde ACEİ kullanılması mortalite ve morbidite üzerinde ciddi düşüşler sağlamıştır. Özellikle EF < %40 altında olan KY hastalarında ilk tercih edilen ilaçtır. Venlerde dilatasyon yaparak periferde kanın göllenmesiyle sağ atriyum basıncını, pulmoner arter basıncını ve pulmoner arter tıkalı basıncını düşürerek pulmoner konjesyonu azaltır. Arterlerde vazodilatasyon etkisiyle periferik direnci düşürür, ard yükü azaltarak kalbin debisinde artış sağlar. Uzun süre kullanıldıklarında ventriköl hipertrofisi geriler, hipertansiyon kontrol altına alınır. En belirgin yan etkileri; öksürük, renal yetmezlik, anjiödem ve hipotansiyondur (21).

Hemşirelik Yönetimi

- Bu grup ilaçlar hipotansiyona yol açabilirler. Kan basıncı sık aralıklarla kontrol edilmelidir. Baş dönmesi, göz kararması gibi belirtiler arter kan basıncının düştüğünün gösterir. Bu belirtiler olduğunda dikkat edilmelidir.

- En sık görülen yan etkisi öksürüktür.
- Hiperkalemiye neden olabilir.
- Böbrek işlevlerinde bozulmaya neden olabilirler. Bu nedenle günlük sıvı, kilo ve ödem takibi yapılmalıdır (21).

2.9.1.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB)

ACE inhibitörlerine benzer etki yapmaktadır. ARB'ler temel olarak ACE inhibitörlerini tolere edemeyen hastalarda kullanılır. Kuru öksürük nedeniyle ACEİ tolere edemeyen ve $EF \leq 40$ olan hastalarda erken ölüm riskini ve hastaneye yatışları azaltmak için ARB kullanılabilir (4).

En belirgin yan etkileri; böbrek işleyişinde bozulma, hiperkalemi, hipotansiyon, ACEİ oranla daha az kuru öksürüğe neden olmaktadır. Hasta ve yakınlarına hipotansiyon durumu olabileceği açıklanmalıdır (21).

2.9.1.3. Beta Blokerler

Hem beta 1 hem beta 2 reseptörleri üzerinde etkisi olan beta adrenerjik reseptörleridir. Beta 1 reseptörlerini daha düşük dozlarda etkilerken, doz arttırıldıkça tüm reseptörler üzerine etkisi yaparak renal ve sistemik vazodilatasyon yapar. Tedavide diüretik ve ACEİ alan hastalara ek olarak beta blokerler önerilir. Tedaviye başlangıç düşük dozlarda yapılır ve kademeli olarak arttırılır. Doz artışı iki haftadan daha az sürede olmamak koşuluyla yavaş yavaş yapılır. Beta blokerler anti-iskemik ajanlar olduğu için ani kardiyak ölümleri azaltarak mortalite üzerinde ciddi etkileri vardır (4). Hastalara beta bloker kullanmadan yüksek dozda ACEİ kullanımı önerilmemektedir. Her ikisinden de düşük dozda verilmesi önerilmektedir (30). En belirgin yan etkileri: Hipotansiyon, bradikardi, atriyoventriküler bloklar, bronkospazm, laringospazm hiperglisemi, bulantı, kusma, diyare, karın ağrısı, libidoda azalma, yorgunluktur. Yan etkiler meydana geldiğinde ilaç kesilmemelidir. Unutulan dozlar çift olarak alınmamalı doz aşımına dikkat edilmelidir. Sistolik kan basıncı 100 mmHg'nin, nabız sayısı 60/dk altında olması durumunda ilaç alınmamalı, daha sonra tekrar ölçüm yapıp ilaç alınmalıdır (21).

2.9.1.4.Hidralazin/İsosorbid Dinitrat

Hidralazinler hem sistemik damar direncini hem sol ventrikül ard yükünü düşüren bir etki yaparlar. Nitratlar ise sistemik venlerde vazodilatasyon etkisiyle kalbe dönen kan miktarı azalır ve ön yük düşer. Hem ard yükü hem ön yükü azaltarak kalbin iş yükünü azaltırlar ve kalp debisi artar (21).

2.9.1.5. Diüretikler

Diüretikler tübülüslerin belli bölgelerini etkileyerek sodyum retansiyonunu engellerler. Diüretikler semptomların iyileştirilmesinde ve tedaviye cevabın hızlı olması noktasında tedavide önem taşımaktadır. Diüretikler nefes darlığı ve ödemi azaltır, konjesyon belirti ve bulgularını ortadan kaldırmaya yardımcı olur. Bu nedenle EF düzeyi ne olursa olsun tedavide önerilmektedir. Bu noktada en çok tercih edilenler tiyazid, loop ve potasyum tutucu diüretiklerdir. Loop diüretikleri (furosemid, bumetanid, torsemid) henle kulbunda sodyum ve klorun geri emilimini engelleyerek etki oluştururlar. Tiyazid grubu diüretikler distal tübülüslerde sodyum ve klor elektrolitinin geri emilimini engelleyerek potasyum ve bikarbonatın atılmasını sağlarlar. Sprinoloktan (aldactone) toplayıcı kanallar ve distal tübülüslerden potasyumu tutup sodyumun atılmasını sağlayarak etki gösterirler. Kalp yetersizliği tedavisinde sodyum ve su atılımını arttırarak ventriküler ön yükü azaltırlar (30).

İlk uygulamaya başlarken hastaların potasyum ve kreatinin düzeyleri takip edilmelidir. Tedavi süresince günlük kilo ve aldığı çıkardığı takibi yapıp kaydedilmelidir. Evde de hastalara kilo takibi yapmanın önemi açıklanmalıdır. En önemli yan etkileri; hipotansiyon, elektrolit dengesizlikleri, ürik asit düzeyinde artma ve ototoksisitedir (21).

Hemşirelik Yönetimi

- Farklı bir kullanım önerilmedikçe gece sık tuvalete kalkmayı önlemek ve uyku kalitesini bozmamak için ilacın sabah alınması önerilir.
- Furosemid grubu ilaç alan hastaların kan elektrolit düzeyleri yakından takip edilmelidir. Potasyum ve magnezyum düzeyinde düşüklük varsa beslenmede potasyum ve magnezyumdan zengin besinler alması önerilir.
- Vücuttan fazla sıvı kaybını gösteren belirtiler; günlük kilo izleminde iki üç gün içinde 2-3 kilogram kayıp, baş dönmesi halsizlik, göz kararması ve kas kramplarının olmasıdır. Bu belirtiler ilacın dozunun fazla geldiğini gösterir. Bu durumda doz ayarlaması yapılmalıdır.
- Sabah ilk kalkışta ayak ve bacaklar kontrol edilmelidir. Özellikle ayak bileklerinde şişme varsa, nefes darlığı geliyorsa bu ilaç dozunun yetmediğini ve vücutta ödem geliştiğini gösterir. Bu durumda da doz ayarlaması yapılmalıdır.
- Uzun süre diüretik tedavisi kullanan hastalarda hiponatremi görülebilir. Oryantasyon bozukluğu, kas krampları, yorgunluk gibi belirtilerde dikkatli olunmalıdır.
- Tiyazid ve loop diüretikleri kullanan hastalarda kaybedilen potasyumu yerine koymak için ilave potasyum eklenebilir (21).

2.9.1.6. Dijital Grubu İlaçlar

Kalp glikozitleri olarak da bilinen miyokard hücrelerinde Na⁺- K⁺ ve ATP az enzimini inhibe ederek hücre içi kalsiyumu ve inotropik etkiyi arttırarak kalp hızını azaltırlar. Digoksin KY tedavisi alan ve sol ventrikül yetersizliği olan hastalarda dördüncü sırada tercih edilen bir ilaçtır (31). KY ve azalmış EF'si olan 6800 hasta üzerinde yapılan çalışmada digoksinin etkileri plasebo ile karşılaştırılmış, mortalitede anlamlı bir değişiklik bulunamamış; ancak digoksin kullanan hastalarda hastaneye yatışta anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur (32).

Kalp yetersizliği olan hastalarda digoksin kullanım süresi boyunca böbrek ve karaciğer fonksiyonları dikkatle takip edilmelidir. Özellikle yaşlılarda doz ayarı dikkatle yapılmalıdır. Toksik etkisi yüksek bir ilaçtır. Dijital toksisite belirtileri: iştahsızlık, bulantı, kusma, baş dönmesi, çift görme, sarı-yeşil ya da cisimlerin etrafında hale görme, sinirlilik, taşikardi, nabız düzensizliği, konfüzyon, paranoya görülür(31).

Hemşirelik Yönetimi

- Digoksin düzeyini belirlemek için en son doz alımından 6-10 saat sonra kan ile digoksin düzeyi belirlenmelidir.
- Digoksin uygulamadan önce nabız apikalden sayılır. Nabız 60/dk altında ise hekime haber verilmelidir. Ancak nabızın 60/dk altında olması digoksin vermeye engel değildir. Çünkü sinoatrial nodu direkt olarak etkilemez. Kardiyak monitörizasyonla PR aralığının ölçülmesi apikalden nabız ölçümünden daha güvenlidir.
- Toksikite gelişimini arttırabilecek hipokalemi, kardiyak ilaç kullanımı, ileri yaş (65 yaş üzeri olmak) gibi faktörlere dikkat edilmelidir.
- Digoksin kullanan çoğu hasta diüretik almaktadır. Diüretik kullanan hastada hipokalemi görülme riski daha yüksektir.
- Hipokalemi durumunda digoksinin normal düzeyi bile toksik olabilir. Hasta hipokalemi yönünden dikkatle izlenmelidir (33).
- Emilimi arttırmak için ilaçlar yemeklerden bir saat önce ya da iki saat sonra alınmalıdır (33).

2.9.1.7. SGLT2 İnhibitörleri

Glikozun %90 oranında geri emiliminin sağlanarak böbrek proksimal konveks tübüllerinde glikoz reabsorbsiyonunu engelleyerek etki gösterir. Böylece üriner glikoz atılımı ile birlikte sodyum atılımını arttırırlar. Osmatik diürez ve natriürezle birlikte sıvı atılımı da artar. Böylece diüretik gibi damar dışı ve damar içi volümde azalmaya neden olurlar (75).

Kan basıncında ve vücut ağırlığında azalma ortaya çıkar. Diüretiklerden farklı olarak renal fonksiyonlar üzerine olumsuz etkileri yoktur. Bu etkiler SGLT2 inhibitörlerinin diyabetten bağımsız KY olgularında etkin bir medikasyon olma potansiyeline sahiptirler (75).

2.9.2.Kalp Yetersizliğinde Cihaz Tedavisi

2.9.2.1. İmplant Edilebilen Cardioverter Defibrilatörler (ICD)

Kalp yetersizliği hastalarında daha çok hafif belirtileri olanların yarısında ani ve beklenmedik ölümler görülmektedir. Bunun önemli bir kısmı ventriküler aritmiler nedeniyle olmaktadır. Ventriküler aritmilerde ölüm riskini azaltma konusunda ICD'lerin önemi büyüktür. ICD hastalarda mortalite oranını ciddi düşürmesine rağmen hastalarda korku, güçsüzlük, anksiyete gibi psikososyal sorunlar oluşmaktadır (4).

2.9.2.2. Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi

Pacemaker tedavisi olarak da tanımlanan bu tedavi kalp yetersizliği ve sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalarda atriyum ve ventriküller arasında senkron kasılmayı sağlayan bir yöntemdir. Hem hafif semptomlu (NYHA sınıf II) hem daha ileri semptomlu vakalarda faydalı olduğu görülmüştür. Sinüs ritminde, EF <%30 olan ve QRS süresi ≥ 150 ms olan bireylerde hastaneye yatış ve erken ölüm riskini azaltmak için kullanılmaktadır (4).

2.9.3.Kalp Yetersizliğinin Non-farmakolojik Tedavisi

Kalp yetersizliği hastalarının beslenme programlarına doymuş yağ asitleri ve kolesterolden fakir, özellikle meyve ve sebzedden zengin beslenme programı düzenlenir. Günlük kilo takibi yapılmalıdır. 3 günde > 2 kg artış olması durumunda dikkatli olunmalıdır. Kilo kaybı kardiyak kaşeksiyi düşündürmektedir. Bu da kötü prognozun belirtisidir. Obezite ve kaşeksi yönünden hasta takip edilmelidir (33).

Tablo 5. Tuz Kullanımı

TUZ KULLANIMI	
1 g sodyum klorür (tuz) 400 mg sodyum içermektedir	
1 çay kaşığı tuz (5-6 g) 2300 mg sodyum içermektedir	
Girişim	Kanıt Düzeyi
Kalp yetersizliği olan bireylere tuz kısıtlaması önerilmektedir.	B* I, C** II a-C***
Önerilen miktar 2.3gr/gün	C*
Şiddetli kalp yetersizliği semptomları olan bireylerde önerilen miktar < 2 gr/gün	C*
Sodyum kısıtlamasına ilişkin büyük değişiklikler nörohormonal aktiviteyi etkilemektedir. Yüksek sodyum alımına uyum gösteren hastalara agresif tuz kısıtlamasının uygulanması önerilmemektedir.	Belirtilmemiş ***

*Lindenfelt ve ark.,2010 **Yancy ve ark. 2013 (34,35)

Tablo 6. Sıvı Alımı

SIVI ALIMI	
Girişim	Kanıt Düzeyi
Kalp yetersizliği olan bireylere sıvı kısıtlaması uygulanmalıdır	C* II a C**
Önerilen miktar: < 2 litre 1.5-2 litre	C* II a C **
Sıvı alımı ilerlemiş kalp yetersizliği olan hastalarda (stage D) özellikle hiponatremisi olanlarda konjestif semptomların azaltılması için 1.5-2lt/gün olarak sınırlandırılmalıdır.	II a C***

*Lindenfelt ve ark., 2010 **Yancy ve ark. 2013 (34,35)

2.10. Öz bakım

Bireylerin kendisi tarafından başlatılan, gerçekleştirilen ve sürdürülen yaşam aktiviteleri olarak tanımlanan öz bakım, yaşamı, sağlık ve iyilik durumunun sürdürülmesini sağlayan, insanlarda merak, eğitim ve deneyimlerle kazanılmış davranışlardır. İnsanların sağlık, iyilik durumlarını ve kendi yaşamlarını korumayı sürdürmeleri için kendi üzerlerine düşen görevi gerçekleştirmeleri olarak tanımlanmaktadır. Genel hemşirelik kavramlarından birisi olan öz bakım 1959'da ilk kez Dorethea Orem tarafından yayınlanmış ve geliştirilmiştir (8).

Kişi kendi öz bakımını tamamlayamadığı noktada hemşirelik bakımı devreye girmektedir. Orem'e göre öz bakım insan, çevre, gündelik yaşam gibi birçok unsurla ilgilidir. Hastanın ihtiyaçlarının karşılanması üç şekilde ele alınmaktadır. Bunlar bütünü ile eksikliğin giderilmesi, kısmi eksikliğin giderilmesi ve destekleyici-eğitsel sistemdir. Norris'e göre öz bakım; bireyin ve yakınlarının sağlığın geliştirilmesi için özverili olmaları, sorumluluk üstlenmeleri ve girişimciliğe hazır olmalarıdır. Kişilerin kendi sağlıkları için sürekli katılım halinde olmalarıdır (36).

Öz bakım gücü; bireyin yaşamı, sağlığı koruma ve geliştirmesi için başlatması gereken yeteneklerdir. Bu yeteneklerin gelişimi kişinin yaşına, medeni durum, eğitim düzeyi gibi özelliklere bağlı olarak değişmektedir (8).

2.10.1. Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım

Kalp yetersizliğinin ilerleyişi semptomlarda artış, fonksiyonel kapasitede yavaş yavaş azalma, mental durumun ve yaşam kalitesinin bozulmasıyla ciddi ilerleme gösteren bir hastalıktır. Öz bakım tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi kalp yetersizliğinin de temel birleşenlerindedir. Yeterli öz bakım sağlayan bireyler daha iyi yaşam kalitesine sahip, hastane yatış oranı daha az ve sağ kalım oranı daha yüksektir (37).

Kalp yetersizliğinde öz bakım aktivitelerinin katkısı çoklu ilaç yönetimi, günlük kilo takibi, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum, egzersiz ve semptom takibi yapma gibi farkındalık oluşturulması için önemlidir (38). Yapılan bir çalışmada kalp yetersizliği tanılı hastaların öz bakım davranışlarına nasıl katılacaklarını anlamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu aktiviteyi anlama katılımı geliştirecek, bakım verenlere destek olacak ve öz bakım davranışlarının desteklenmesini geliştirecektir. Kalp yetersizliği öz bakım becerileri zamanla gelişebileceği için bakım veren sağlık profesyonelleri öz bakımın nasıl yapılacağını vurgulayan bireyselleştirilmiş eğitimlerle hastaları desteklemelidir (39).

1980'li yılların başında öz bakım kavramı çalışılmaya başlanmış ve öz bakımın hastalık yönetiminde başarı sağladığı görülmüştür. Günümüzde tıp literatüründe 25.000'den fazla makalede bu terim kullanılmaktadır (38).

2.11.1. Hastalık Kabulü

Kabul terimi; bir duruma, meydana gelen bir olay ya da olguya karşı itiraz etmeden tamamen gönüllü bir şekilde kabul etmek olarak tanımlanır. Kronik hastalık ve engellilik durumunda psikolojik adaptasyonun temel yapı taşlarından biridir(40).

Hastalığı kabul etmenin temelinde hastanın mevcut hastalığını benimsemesi, kendi anlayışına göre yaşam hedefleri belirlemesidir. Kronik hastalıklarda kabullenme süresi uzun olabilir (41).

Aslında kabullenme komplikasyonların göz ardı edilmesine neden olmaz, aksine kişinin sağlığını en üst düzeye çıkarmasını sağlamaktadır. Kronik hastalıklar ömür boyu sürdüğü için bireyin bu durumla baş etmeyi öğrenmesi gerekmektedir. Kabullenme de kronik hastalıklarla baş etme yöntemlerindedir. Hastalar kabullenme ve baş etme stratejilerini kullanarak hastalık nedeniyle meydana gelen sınırlamaların üstesinden gelirler. Hastalık kabulü yüksek olan bireyin hastalığın sınırlamalarına karşı uyumu daha kolay olduğu için sağlığı destekleyen bir faktör olarak kabul edilmektedir (40,42).

Hastalığı kabul boyun eğmek değil, aksine hastalık nedeniyle meydana gelen yeni yaşam tarzına ayak uydurmayı sağlar. Hastalığı kabul hastalık yaşamak değil hastalıkla birlikte yaşamayı öğrenmektir. Hastanın hastalığını kabul etmesi öz bakım davranışlarını geliştirmeyi, gerekli yaşam tarzı değişikliği sayesinde hastalığın kontrol altına alınmasında ciddi öneme sahiptir. Hastalıkla baş etmedeki ilk yol bireyin hastalığını kabul etmesinin sağlanması ve otonomi kazanmasıdır. Hastalığın kabul edilmesi bireyin üzerindeki negatif etkinin azaltılması, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların artması sağlanır. Hastalığı kabul etmeyen bireyde ise hastalığın getirdiği sınırlamalara boyun eğme, bağımlılık duygusunda artma, öz yeterlilik ve öz bakımda azalmaya neden olur (17, 41, 43).

2.11.2. Kronik Hastalıklarda Hastalık Kabulü

Hastalığı kabul birçok kronik hastalığın tedavi ve seyrini etkilemektedir. Bu bölümde yapılan bazı çalışmalar incelenmiştir.

Kurpas ve ark.nın (2016) kronik solunum yolu hastalığı olan 315 yetişkinle yaptıkları çalışmada hastaların genel hastalık kabul düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir (26.0 ± 7.8). Hastalık kabul düzeyi hastaların %62'sinde (184) düşük (1–29 puan), %20.2'sinde (60) orta (30–34 puan) ve %17.9'unda (53) yüksek (35–40 puan) tespit edildi. Yaş ile hastalığı kabul düzeyleri arasında anlamlı korelasyonlar ($r = -0.428$, $p < 0.001$) gözlenmiştir. Yaşlı, bekar ve ilkokul mezunu olan hastaların hastalık kabul düzeyi puanının daha düşük olduğu gözlenmiştir (44).

Tip 2 diyabet tanılı bireylerin hastalığı kabul ve öz bakım davranışlarının incelendiği bir çalışmada hastalığı kabul puanlarının düşük olduğu (19.52 ± 7.47) gözlenmiştir. Bireylerin hastalığı kabul ölçeği ile diyabet öz-bakım ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı gözlenmiştir (45).

Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin glisemik kontrol ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada hastalığı kabul puanı 25.01 ± 6.20 orta düzeyde olduğu tespit edilmiş. Araştırma da HbA1c düzeyi %7 ve altında olan bireylerin hastalığı kabul düzeyinin HbA1c düzeyi %9'un üzerinde olan bireylere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (46). 102 KOAH hastasıyla yapılan çalışmada hastalığı kabul puanı 20.6 ± 7.62 orta düzey olduğu tespit edilmiş. Hastalığı kabul düzeyi ile depresyon belirtilerinin arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiş ($r = -0.46$, $P < 0.05$), hastalığı kabul etme düzeyinin anksiyete düzeyi üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (47). Akciğer kanseri tanılı 155 hastayla yapılan çalışmada hastalığı kabul puanı 27.1 ± 9.2 olarak bulunmuş (48). Kardiyak bir hastalık tanısı alan 172 (80 kadın, 92 erkek) hasta üzerinde yapılan hastalık kabulünün yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada erkeklerin puanı 23 ± 6.85 , kadınların puanı 26 ± 6.61 olarak bulunmuş ve orta düzey hastalık kabulünün olduğu tespit edilmiştir. Hastalık kabul ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, NYHA sınıfı, kardiyak tanı süresi ve hastanede yatış süresi yaşam kalitesi ile negatif korelasyon gözlenmiştir (49).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla prospektif ve tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İzmir İlinde bulunan Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde yürütülmüştür. Hastane 2002 yılında hizmete girmiştir. Toplam 535 yatak kapasitesi mevcuttur. Araştırmanın planlama, izinler, veri toplama ve sonlandırma aşamaları Aralık 2018–Kasım 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşaması Şubat-Haziran 2019 tarihlerini içermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini belirtilen süreler içinde Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde yatmakta olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise;152 kalp yetersizliği hastası oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme / Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- Bireyin araştırmaya katılmaya rıza göstermesi
- Bireyin en az altı ay önce kalp yetersizliği tanısı almış olması
- Bireyin 18 yaşından büyük olması
- Bireyin herhangi bir işitsel-görsel veya zihinsel engelin olmaması
- Bireyin bilinci açık, sorulara cevap verebilecek yeterlilikte olması
- Bireyin Türkçe konuşabilmesi

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;

- İletişim ve mental problemi olan hastalar
- Bilinci kapalı olan hastalar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar
- Son bir aydır devam eden akut bir rahatsızlığının olması
- Öz bakımını gerçekleştiremeyecek düzeyde bir fiziksel engelin olması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı Değişkenler:** Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçek Puanı
- **Bağımsız Değişkenler:** Hastalık Kabul Ölçek Puanı ve Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, kalp yetersizliği tanı süresi, NYHA sınıfı, başka bir kronik hastalık durumu, kalp yetersizliği hakkında eğitim alma durumu)

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

1. Hasta Tanıtıcı Formu (EK-1)
2. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12 (EK-2)
3. Hastalığı Kabul Ölçeği (EK-3)

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Formu (EK-1)

Hasta tanıtıcı formu hasta bireylerin demografik verileri ve hastalığına ilişkin sistematik verileri elde etmek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Form içeriğinde sosyo-demografik bilgiler (7 soru) ve hastalığa ilişkin(6 soru) olmak üzere toplam 13 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği- 12 (EK-2)

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği- 12 Jaarsma ve ark. tarafından 2003 yılında kalp yetersizliği tanılı bireylerde öz bakım davranışlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (50). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Baydemir ve ark. tarafından 2013 yılında yapılmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı 0.69 olarak bulunmuştur (23). Geliştirilen ölçek kalp yetersizliğiyle ilişkili ödem ve kilo artışı, dispne, halsizlik gibi semptomları tanımayı; bu semptomlara yönelik doktor ve hemşireye başvurma durumu, ilaçların düzenli kullanımı, sıvı ve tuz kullanımı, diyet ve egzersiz düzeni gibi tedavi uygulama ve kilo takibi, ödem takibi gibi öz bakım davranışlarını ölçmeye yönelik 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte likert tipi puanlama (1-5 arası puan) kullanılmıştır. Ölçekteki bölümler ‘hiç katılmıyorum 5, katılmıyorum 4, kararsızım 3, katılıyorum 2, tamamen katılıyorum 1’ şeklinde puanlanmıştır. Ölçeğin toplam puanı ‘12-60’ puan arasında değişmekte olup 12-36 puan öz bakım davranışının yeterli olduğunu, 37-60 puan arası öz bakım davranışının yetersiz olduğunu göstermektedir(51). Ölçek dört alt boyuta ayrılmıştır. Alt boyut 1 tedaviye uyum, alt boyut 2 aktivitelere uyum, alt boyut 3 tavsiyelere bağlılık, alt boyut 4 yardım alma şeklindedir. Tedaviye uyum 1, 3, 4, ve 8. maddelerini, aktivitelere uyum 5, 6 ve 11. maddeleri, tavsiyelere bağlılık 2 ve 7. maddeleri, yardım alma 9 ve 10. maddeleri kapsar (52). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0.622 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance of Illness Scale-AIS)

Hastalığı kabul ölçeği Amerika’da 1984’te Felton ve Revenson tarafından geliştirilmiştir(53). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği hipertansiyon, diyabet, romatoid artrit ve kanser hastaları üzerinde yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçek hasta bireyin hastalığını kabul düzeyini ölçmek için kullanılır. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2009 yılında Besen tarafından yapılmış olup Cronbach alfa katsayısı 0.79 bulunmuş ve ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir(17). Ölçekte hastalıklara rağmen öz yeterlilikte meydana gelen azalma, başka insanlara bağımlı olma duygusu, negatif duyguları ve bu duygulara rağmen değerlilik ve kabul edici duygular değerlendirilir. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Her madde 5 puanı oluşturur. Ölçekten en düşük 8, en yüksek 40 puan alınabilmektedir. Likert tipi ölçekte katılma katılmama durumu bildirilir. 0-18 puan aralığı hastalığa uyumun düşük olduğunu, 19-29 puan arası hastalığa uyumun orta olduğunu, 30-40 puan arası hastalığa uyumun yüksek olduğunu gösterir (54).

Katılma durumu (1 puan) düşük puan değerlendirilir, hastalığa uyumun kötü olduğu ciddi fiziksel rahatsızlık durumunu ifade eder. Katılmama durumu (5 puan) yüksek puan kabul edilir. Hastalığı kabulün göstergesidir ve negatif duyguların olmadığını ifade etmektedir. Hastalığı kabulün yüksek olması uyumu, negatif duyguların az olmasını ve fiziksel rahatsızlığın az hissedildiğini gösterir (17). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.585 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri; Şubat-Haziran 2019 tarihleri arasında Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde belirtilen örneklem kapsamında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama araçlarını hastaların doldurma süreleri ortalama 15-20 dakika arasında gerçekleşmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri (sayısal veriler, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum) verilmiştir. Verilerin dağılımının normal olup olmadığı ilk olarak Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma uyan veriler bağımsız iki grup arası ortalamaları farkının incelenmesi Bağımsız Örneklem T testi normal dağılıma uymayan veriler ise Mann Whitney U testi yapılmıştır. Normal dağılıma uyan ve bağımsız veriler, ikiden çok gruba sahip olan değişkenlerin sıra ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi için Anova testi, normal dağılıma uymayan verilere ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerde iki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile belirlenmiştir. Analizler IBM SPSS Statistics 25 programında gerçekleştirilmiştir. Kullanılan ölçeğin Yapı Kavram Geçerliliğinin tespit edebilmek için Açıklayıcı Faktör Analizi temel bileşenler metodu kullanılarak yapılmıştır. Katılımcılardan toplanan verilerden elde edilen bulguların teorik ölçek yapısı ile uygunluğunu, Yapısal Eşitlik Modellemesinin bir türü olan Doğrulayıcı Faktör Analizi ile araştırılmıştır. Son olarak ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ve tekrar testi uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanabilirliği açısından İzmir Katip elebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır(23.01.2020- karar no: 26) (EK-4).Araştırmada kullanılan Avrupa Kalp Yetersizliği z Bakım Davranışları leği- 12 için Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan Canan Baydemir' den(EK-5) ve Hastalığı Kabul leği (AIS)'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan Dilek Büyükkaya Besen' den ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-6). Araştırmanın belirtilen kurumda yürütülmesi için Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı kurum izni alınmıştır (15.02.2019) (EK-7). Araştırmaya katılan hastalara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanmış, hastalardan da sözel izin alındıktan sonra anket formları yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

3.10.Araştırmanın Süresi

Araştırmanın planlanması, veri toplama, verilerin analizi, tezin yazımı ve sunulmasının Aralık 2018- Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bulgular

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n:152)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	69	45,4
	Kadın	83	54,6
Yaş	53 Yaş ve altı	6	3,9
	54 – 67	37	24,3
	68 – 75	75	49,3
	76 Yaş ve üstü	34	22,4
Medeni Durum	Evli	92	60,5
	Bekar	60	39,5
Yaşadığı Yer	İlçe	17	11,2
	Şehir	135	88,8
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	42	27,6
	İlköğretim	90	59,2
	Ortaöğretim	18	11,8
	Yükseköğretim	2	1,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2	1,3
	Çalışmıyor	150	98,7
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	21	13,8
	Eşimle birlikte	64	42,1
	Eşim ve çocuklarımla	37	24,3
	Diğer	30	19,7
Yaş	Min – Max	30	95
	Ort ± SS	72.89	10.65

Araştırmaya katılan kişilerin demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 7’de gösterilmektedir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde hastaların %45,4’ünün (n=69) erkek, %54,6’sının kadın (n=83) olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %3,9'unun (n=6) 53 yaş ve altı, %24,3'ünün (n=37) 54 – 67 yaş grubunda, %49,3'ünün (n=75) 68 – 75 yaş grubunda ve %22,4'ünün (n=34) 76 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %60,5'lik kısmı evli ve %39,5'lik kısmının bekar olduğu belirlenmiştir. Kişilerin yaşadıkları yerlere göre dağılımları incelendiğinde %11,2'sinin ilçe ve %88,8'inin şehir cevabını verdiği görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %27,6'sının okuryazar değil, %59,2'sinin ilköğretim, %11,8'inin ortaöğretim ve %1,3'ünün yükseköğretim cevaplarını verdikleri bulunmuştur. Katılımcıların çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %1,3'ünün çalışıyor ve %98,7'sinin çalışmıyor olduğu görülmüştür. Kişilere birlikte yaşadıkları kişi sorulduğunda, %13,8'inin yalnız, %42,1'inin eşimle birlikte, %24,3'ünün eşim ve çocuklarımla seçimlerini yaptıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalamaları $72,89 \pm 10,658$ olarak bulunmuştur.

4.2. Hastalığa İlişkin Bulgular

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığa İlişkin Bulguları (N:152)

Hastalığa İlişkin Bulgular		n	%
Tanı Süresi	Min - Max	0,50	40
	Ort ± SS	9,48	8,28
NYHA Sınıfı	1.Evre	14	9,2
	2.Evre	59	38,8
	3.Evre	67	44,1
	4.Evre	12	7,9
Kalp yetersizliği dışında mevcut herhangi bir hastalığınız var mı?	Evet	131	86,2
	Hayır	21	13,8
Cevabınız evet ise hangi hastalığa/hastalıklara sahipsiniz?	Romatoloji	5	3,8
	Endokrin	69	52,7
	KVS	90	68,7
	Solunum	51	38,9
	Nöroloji	6	4,6
	Böbrek	23	17,6
Kalp Yetersizliği ile ilgili eğitim aldınız mı?	Evet	34	22,4
	Hayır	118	77,6
Evet ise kimden eğitim aldınız?	Hekim	30	85,7
	Hemşire	5	14,3

KVS: Kardiyovasküler Sistem, NYHA: New York Kalp Derneği

Katılımcıların hastalığa ilişkin bulguları tanı süreleri incelendiğinde ortalaması $9,4868 \pm 8,28686$ olarak tespit edilmiştir. NYHA sınıfına göre dağılımı incelendiğinde, %9,2'sinin 1.evre, %38,8'inin 2.evre, %44,1'inin 3.evre ve %7,9'unun 4.evre olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalamaları 72,89 olarak bulunmuş. Kişilerin tanı süreleri incelendiğinde ortalaması 9,4868 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların kalp yetersizliği dışında başka bir hastalıkları olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %86,2'sinin evet ve %13,8'inin hayır cevabını verdiği görülmüştür.

Kalp yetersizliği dışında başka hastalığı olan kişilerin hangi hastalıkları olduğu sorulduğunda %3,8'inin romatoloji, %52,7'sinin endokrin, %68,7'sinin KVS, %38,9'unun solunum, %4,6'sının nöroloji ve %17,6'sının böbrek cevabını verdiği bulunmuştur. Katılımcıların kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde %22,4'ünün evet ve %77,6'sının hayır cevabını verdiği görülmüştür. Evet cevabını verenlerin %85,7'si hekim ve %14,3' hemşire tarafından eğitim aldığını belirtmiştir.

4.3. Hastalığı Kabul Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 9. Çalışmada Kullanılan Hastalığı Kabul Ölçeği için Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

Cronbach	
Alfa	N
,585	8

Anketteki mevcut soruların uyumlu olup olmadığına bakmak için güvenilirlik analizi bakılmıştır. Kullanılan Hastalığı Kabul Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,585 ile düşük derecede güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeği Ortalama Puanı (N:152)

	N	Min	Max	\bar{X}	SS
Hastalığı Kabul Ölçeği	152	13,00	33,00	21,92	3,65

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeğine ait puan ortalamaları $21,92 \pm 3,65$ olarak bulunmuştur. Hastalık kabul düzeyi Tablo 10'a göre orta düzey olarak bulunmuştur.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeğine Göre Sınıflandırılması

	n	%
Düşük (0 – 18)	22	14,5
Orta (19 – 29)	125	82,2
Yüksek (30 – 40)	5	3,3

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları puanlar düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılmıştır. Tablo 11'e göre katılımcıların %14,5'i düşük, %82,2'si orta, %3,3'ü yüksek düzey sınıfına girdiği görülmektedir.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeğine Verdikleri Cevaplara göre Dağılımları (N:152)

		n	%
1.Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.	Tamamen Katılıyorum	6	3,9
	Katılıyorum	78	51,3
	Kararsızım	39	25,7
	Katılmıyorum	28	18,4
	Hiç Katılmıyorum	1	,7
2.Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.	Tamamen Katılıyorum	17	11,2
	Katılıyorum	116	76,3
	Kararsızım	2	1,3
	Katılmıyorum	14	9,2
	Hiç Katılmıyorum	3	2,0
3.Hastalığım zaman zaman kendimi ise yaramaz hissetmeme sebep oluyor.	Tamamen Katılıyorum	13	8,6
	Katılıyorum	82	53,9
	Kararsızım	27	17,8
	Katılmıyorum	27	17,8
	Hiç Katılmıyorum	3	2,0
4.Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı /muhtaç yapıyor.	Tamamen Katılıyorum	7	4,6
	Katılıyorum	73	48,0
	Kararsızım	19	12,5
	Katılmıyorum	48	31,6
	Hiç Katılmıyorum	5	3,3

		n	%
5.Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.	Tamamen Katılıyorum	7	4,6
	Katılıyorum	82	53,9
	Kararsızım	12	7,9
	Katılmıyorum	44	28,9
	Hiç Katılmıyorum	7	4,6
6.Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.	Tamamen Katılıyorum	5	3,3
	Katılıyorum	46	30,3
	Kararsızım	72	47,4
	Katılmıyorum	27	17,8
	Hiç Katılmıyorum	2	1,3
7.Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.	Tamamen Katılıyorum	0	0,0
	Katılıyorum	31	20,4
	Kararsızım	105	69,1
	Katılmıyorum	15	9,9
	Hiç Katılmıyorum	1	,7
8.Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.	Tamamen Katılıyorum	1	,7
	Katılıyorum	42	27,6
	Kararsızım	25	16,4
	Katılmıyorum	69	45,4
	Hiç Katılmıyorum	15	9,9

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeğine verdikleri cevaplar incelenmiştir. Katılımcıların en fazla verdikleri cevaplar incelendiğinde; “Hastalığımın getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %51,3’ü Katılıyorum cevabını vermiştir. “Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %76,3’ü Katılıyorum cevabını vermiştir. “Hastalığım zaman zaman kendimi ise yaramaz hissetmeme sebep oluyor.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde, %53,9’u Katılıyorum cevabını vermiştir. “Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı /muhtaç yapıyor.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde, %48,0’i Katılıyorum cevabını vermiştir.

“Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %53,9’u Katılıyorum cevabını vermiştir. “Sağlık

durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %47,4’ü Kararsızım cevabını vermiştir. “Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde, %69,1’i Kararsızım cevabını vermiştir. “Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %45,4’ü “Katılmıyorum” cevabını vermiştir.

4.4. Bağımsız Değişkenlere Göre Ölçek Puanlarının Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 13. Sosyodemografik Özelliklere Göre Hastalığı Kabul Ölçek Puanlarının Dağılımı

		n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	P
Cinsiyet	Erkek	69	22,62	4,08	83,49	2381,00**	,073
	Kadın	83	21,33	3,15	70,69	(U)	
Medeni Durum	Evli	92	22,16	3,51	80,02	2436,50*	,221
	Bekar	60	21,55	3,84	71,11	(U)	
Yaş	53 Yaş ve altı	6	23,00	4,42		,785	,504
	54 – 67	37	21,24	4,04		(F)	
	68 – 75	75	22,22	3,53			
	76 Yaş ve üstü	34	21,79	3,34			
Yaşadığı Yer	İlçe	17	22,64	4,84		,869	,386
	Şehir	135	21,82	3,48		(t)	

		n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Eğitim Durumu	Okur YazarDeğil	42	21,6905	3,80	73,37	,924*** (X^2)	,820
	İlköğretim	90	22,0444	3,56	78,02		
	Ortaöğretim	18	21,7222	4,05	73,69		
	Yükseköğretim	2	23,0000	1,41	99,00		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2	27,5000	7,77	118,75	65,50	,170
	Çalışmıyor	150	21,8467	3,56	75,94		
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	21	21,4762	3,80	,155	,927	
	Eşimle	64	22,05	3,83			
Yaşadığı Kişi	Eş ve çocukla	37	22,07	3,31			
	Diğer	30	21,08	3,68			

mann whitney u testi,* ki kare testi(X^2)

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeği toplam puanlarının cinsiyet durumuna göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirleyecek teste karar verebilmek için veriler kontrol edilmiştir. Buna göre “erkek” grubuna ait toplam puanların normal dağılıma uygun olmadıkları belirlenmiştir($p=,032$). Ortalamalar arasındaki farkın belirlenmesi için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan testler sonucunda araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlere göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanlarının medeni duruma göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için veriler kontrol edilmiştir. Elde edilen sonuca göre “bekar” grubunun toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,047$). Ortalamalar arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanlarının yaş gruplarına göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımlar karşılandığı için Anova testi yapılmıştır.

Elde edilen sonuçlarda araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre Hastalığı Kabul leğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul leği toplam puanları ile yaş değişkeni arasındaki ilişkinin araştırılabilmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir. Varsayımlar karşılanmadığı için Spearman Korelasyonu uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin yaş değişkeni ile Hastalığı Kabul leğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul leği toplam puanlarının yaşadığı yerlere göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımlar karşılandığı için Bağımsız rneklem T testi yapılmıştır. Elde edilen veriler sonucunda araştırmaya katılan bireylerin yaşadığı yerlere göre Hastalığı Kabul leğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul leği toplam puanlarının eğitim durumuna göre ortalama puanları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Buna göre “okuryazar değil” grubuna ait toplam puanların normal dağılıma uygun olmadıkları belirlenmiştir ($p=,008$). Ortalamalar arasındaki farkı belirlemek için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre Hastalığı Kabul leğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul leği toplam puanlarının çalışma durumuna göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımlar karşılanmadığı için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumuna göre Hastalığı Kabul leğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir($p>0,05$). Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul leği toplam puanlarının birlikte yaşadığı kişilere göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımlar karşılandığı için Anova testi yapılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre Hastalığı

Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 14. Hastalığı Kabul Ölçeği Toplam Puanları ile Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki

	Yaş	
	Rho	p
HKÖ Toplam Puan	,070	,394

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul Ölçeği toplam puanları ile yaş değişkeni arasındaki ilişkinin araştırılabilmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir. Varsayımlar karşılanmadığı için Spearman Korelasyonu uygulanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin yaş değişkeni ile Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Hastalığa İlişkin Bulguların Hastalığı Kabul Ölçek Puanına Göre Dağılımı

		n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalamaları	Test İstatistiği	P	
NYHA Sınıfı	1.Evre	14	22,9286	3,75	88,18	11,980*** (X^2)	,007*	
	2.Evre	59	22,7458	3,72	86,80			
	3.Evre	67	21,5224	3,32	70,81			
	4.Evre	12	18,9167	3,31	44,00			
Hastalık Durumu	Evet	131	21,8015	3,43		-,789**** (t)	,438	
	Hayır	21	22,6667	4,83				
Hastalık	Romatoloji	Evet	5	23,0000	3,87	87,90	310,50**	,554
		Hayır	147	21,8844	3,65	76,11		
	Endokrin	Evet	69	21,4058	3,53	69,57	2385,50**	,076
		Hayır	83	22,3494	3,71	82,26		
	KVS	Evet	90	21,6778	3,41		-,990	,324
		Hayır	62	22,2742	3,96			
	Solunum	Evet	51	22,0392	3,27		,283	,778
		Hayır	101	21,8614	3,84			
	Nöroloji	Evet	6	23,0000	1,89	96,67	317,00**	,250
		Hayır	146	21,8767	3,70	75,67		
	Böbrek	Evet	23	20,0435	3,63	54,26	972,00	,008*
		Hayır	129	22,2558	3,56	80,47		
Eğitim Alma	Evet	34	21,3235	2,99	70,22	1792,50	,343	
	Hayır	118	22,0932	3,81	78,31			
Eğitimin Alındığı Kişi	Hekim	30	21,1333		3,08202	-,887	,382	
	Hemşire	5	22,4000		1,81659			

*p<0,05 , **Mann Whitney U , ***Ki Kare Testi, **** t testi

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanlarının NYHA sınıfı gruplarına göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuca göre “3.evre” grubunun toplam puanların normal dağılıma sahip olmadıkları belirlenmiştir (p=,006). Ortalamalar arasındaki farkın belirlenmesi için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin NYHA sınıfı değişkenine göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05). Farklılığı yaratan grup ya da grupların belirlenebilmesi için Bonferroni testi yapılmıştır.

Bonferroni testine göre “2.evre” HK ölçeği toplam puan sıra ortalamaları ile “4.evre” HK ölçeği toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,012$). Sonuca göre “2.evre” HK ölçeği toplam puan sıra ortalamalarının “4.evre” HK ölçeği toplam puan sıra ortalamalarından daha fazla olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanlarının kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumuna göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımlar karşılandığı için Bağımsız Örneklem T testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumuna göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanlarının kalp hastalığı dışında başka hastalıklara göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı test edebilmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda Romatoloji kategorisinde hayır, Endokrin kategorisinde evet, Nöroloji kategorisinde hayır ve Böbrek kategorisinde hayır gruplarına ait toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,019, p=,038, p=,014$ ve $p=,009$). Varsayımın karşılandığı durumlarda Bağımsız Örneklem T testi, varsayımların karşılanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin kalp hastalığı dışında herhangi bir böbrek hastalığı olma durumuna göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre böbrek hastalığı olmayan kişilerin ölçek toplam puan sıra ortalamalarının böbrek hastalığı olan kişilerin ölçek toplam puan sıra ortalamalarından daha fazla olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanlarının kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alma durumuna göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda Hayır grubuna ait toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,046$). Varsayımlar karşılanmadığı için Mann Whitney U yapılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alma durumuna göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanlarının kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alan kişilerin, eğitimi kimden aldığına göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirleme için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımlar karşılandığı için Bağımsız Örneklem T testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alma durumuna göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 16. Hastalığı Kabul Ölçeği Toplam Puanları ile Kalp Yetersizliği Tanı Süresi Arasındaki İlişki

Kalp Yetersizliği Tanı Süresi		
	Rho	p
HKÖ Toplam Puan	-,078	,336

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanları ile kalp yetersizliği tanı süresi arasındaki ilişkinin araştırılabilmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir. Varsayımlar karşılanmadığı için Spearman Korelasyonu uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin kalp yetersizliği tanı süresi ile Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.5. Öz bakım Davranışları Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kişilerin Öz Bakım Davranışları Ölçek Puan ortalaması

	n	Min	Maks	\bar{x}	SS
Öz Bakım Davranışları Ölçeği	152	14,00	45,00	33,79	4,41

Araştırmaya katılan kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçek puan ortalaması 33,79 ve standart sapması 4,41 olarak saptanmıştır.

Tablo 18. Çalışma Kapsamında Öz Bakım Davranışları Ölçeği İçin Güvenilirlik Tablosu

Cronbach	
Alfa	n
,622	12

Ankette mevcut soruların birbirleri ile uygun olup olmadığına karar verebilmek için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Kullanılan ankette Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,622 ile oldukça güvenilir olduğu görülmüştür.

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kişilerin Öz Bakım Davranışları Ölçeğine Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		n	%
1. Her gün tartılırım.	Tamamen Katılıyorum	5	3,3
	Katılıyorum	7	4,6
	Kararsızım	9	5,9
	Katılmıyorum	113	74,3
	Hiç Katılmıyorum	18	11,8
2. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatırım, dinlenirim).	Tamamen Katılıyorum	6	3,9
	Katılıyorum	107	70,4
	Kararsızım	34	22,4
	Katılmıyorum	4	2,6
	Hiç Katılmıyorum	1	,7
3. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım.	Tamamen Katılıyorum	10	6,6
	Katılıyorum	125	82,2
	Kararsızım	7	4,6
	Katılmıyorum	7	4,6
	Hiç Katılmıyorum	3	2,0
4. Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım.	Tamamen Katılıyorum	10	6,6
	Katılıyorum	112	73,7
	Kararsızım	17	11,2
	Katılmıyorum	13	8,6
	Hiç Katılmıyorum	0	0,0

		n	%
5. Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım.	Tamamen Katılıyorum	3	2,0
	Katılıyorum	27	17,8
	Kararsızım	37	24,3
	Katılmıyorum	78	51,3
	Hiç Katılmıyorum	7	4,6
6. İçtiğim sıvı miktarını kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere).	Tamamen Katılıyorum	6	3,9
	Katılıyorum	95	62,5
	Kararsızım	16	10,5
	Katılmıyorum	33	21,7
	Hiç Katılmıyorum	2	1,3
7. Gün içinde dinlenirim.	Tamamen Katılıyorum	8	5,3
	Katılıyorum	141	92,8
	Kararsızım	2	1,3
	Katılmıyorum	1	,7
	Hiç Katılmıyorum	0	0,0
8. Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım.	Tamamen Katılıyorum	4	2,6
	Katılıyorum	63	41,4
	Kararsızım	13	8,6
	Katılmıyorum	64	42,1
	Hiç Katılmıyorum	8	5,3
9. Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim.	Tamamen Katılıyorum	11	7,2
	Katılıyorum	75	49,3
	Kararsızım	29	19,1
	Katılmıyorum	28	18,4
	Hiç Katılmıyorum	9	5,9
10. İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım.	Tamamen Katılıyorum	17	11,2
	Katılıyorum	119	78,3
	Kararsızım	11	7,2
	Katılmıyorum	4	2,6
	Hiç Katılmıyorum	1	,7

11. Her sene grip aşısı yaptırım.			
		n	%
	Tamamen Katılıyorum	11	7,2
	Katılıyorum	25	16,4
	Kararsızım	8	5,3
	Katılmıyorum	59	38,8
	Hiç Katılmıyorum	49	32,2
12. Düzenli egzersiz yaparım.			
	Tamamen Katılıyorum	0	0,0
	Katılıyorum	9	5,9
	Kararsızım	13	8,6
	Katılmıyorum	108	71,1
	Hiç Katılmıyorum	22	14,5

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeğine verdikleri cevaplar incelenmiştir. Katılımcıların en yüksek oranda verdikleri cevaplar şöyledir. “Her gün tartılırım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %74,3’ünün Katılmıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Solunum sıkıntım (nefes darlığı) olursa, onu rahatlatarak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatırım, dinlenirim).” %70,4’ünün Katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Solunum sıkıntım (nefes darlığı) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %82,2’sinin Katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %73,7’sinin Katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %51,3’ü Katılmıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İçtiğim sıvı miktarını kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere).” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %62,5’i Katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Gün içinde dinlenirim.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %92,8’i Katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %42,1’i Katılmıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %49,3’ü Katılıyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların “İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %78,3’ünün Katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Her sene grip aşısı yaptırırım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %38,8’i Katılmıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Düzenli egzersiz yaparım.” cümlesine verdikleri cevaplar incelendiğinde %71,1’i Katılmıyorum cevabını vermiştir.

4.5.Öz bakım Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Bulgular

Tablo 20. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	Erkek	69	7,4058	1,52	76,17	2841,00	,931
	Kadın	83	7,4096	1,70	76,77		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere uyum)	Erkek	69	9,8261	1,81	82,03	2482,00	,150
	Kadın	83	9,5060	1,83	71,90		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere uyum)	Erkek	69	11,9710	1,48	70,53	2451,50	,109
	Kadın	83	12,0964	1,55	81,46		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	Erkek	69	4,7826	1,34	78,03	2758,00	,685
	Kadın	83	4,6265	1,24	75,23		
AKYÖBDÖ	Erkek	69	33,9855	4,20	78,50	2725,50	,608
Toplam Puan	Kadın	83	33,6386	4,60	74,84		

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının cinsiyet grubuna göre ortalama puanlar arasında fark olup olmadığı hipotezini test etmek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “kadın” ile “erkek” değişkenine ait puanların normal dağılıma uymadıkları bulunmuştur ($p=,000$ ve $p=,001$). Alt boyut 2 için “kadın” ile “erkek” değişkenine ait puanların normal dağılıma uygun olmadıkları belirlenmiştir ($p=,000$ ve $p=,000$). Alt boyut 3 için “kadın” ile “erkek” değişkenine ait puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$ ve $p=,000$).

Alt boyut 4 için “kadın” ile “erkek” değişkenine ait puanların normal dağılıma uymadıkları bulunmuştur ($p=,000$ ve $p=,000$). Ölçek toplam puanları için “kadın” ile “erkek” değişkeni puanlarının normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,009$ ve $p=,003$). Ortalamalar arasındaki farkın belirlenmesi için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlere göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 21. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	Evli	92	7,3370	1,55	73,72	2504,50	,317
	Bekar	60	7,5167	1,72	80,76		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere uyum)	Evli	92	9,5978	1,63	72,73	2413,00	,183
	Bekar	60	9,7333	2,10	82,28		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere uyum)	Evli	92	12,0000	1,48	73,95	2525,00	,352
	Bekar	60	12,1000	1,58	80,42		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	Evli	92	4,6848	1,27	75,45	2663,00	,704
	Bekar	60	4,7167	1,32	78,12		
AKYÖBDÖ	Evli	92	33,6196	3,67	71,33	284,50	,072
Toplam Puan	Bekar	60	34,0667	5,38	84,43		

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının medeni durum için ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için veriler kontrol edilmiştir. Sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “evli” ile “bekar” değişkeni toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$ ve $p=,008$). Alt boyut 2 için “evli” ile “bekar” değişkeni puanlarının normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,001$ ve $p=,000$). Alt boyut 3 için “evli” ile “bekar” değişkeni puanlarının normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$ ve $p=,000$).

Alt boyut 4 için “evli” ile “bekar” değişkeni puanlarının normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$ ve $p=,001$). Ölçek toplam puanları için “evli” ile “bekar” değişkeni puanlarının normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,028$ ve $p=,000$). Ortalamalar arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda araştırmaya dahil olan bireylerin medeni duruma göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından elde edilen toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 22. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Yaş	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	χ^2	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	53 Yaş ve altı	6	6,5000	1,22	50,50	3,120	,373
	54 – 67	37	7,6486	1,82	80,93		
	68 – 75	75	7,3333	1,45	74,57		
	76 Yaş ve üstü	34	7,4706	1,77	80,51		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere uyum)	53 Yaş ve altı	6	9,1667	2,78	71,50	1,314	,726
	54 – 67	37	9,4324	1,72	70,16		
	68 – 75	75	9,7200	1,79	78,07		
	76 Yaş ve üstü	34	9,8235	1,86	80,81		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere uyum)	53 Yaş ve altı	6	12,1667	1,47	80,42	3,190	,363
	54 – 67	37	12,2162	1,58	81,91		
	68 – 75	75	11,8667	1,50	70,39		
	76 Yaş ve üstü	34	12,2059	1,53	83,41		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	53 Yaş ve altı	6	4,5000	1,87	72,08	,745	,863
	54 – 67	37	4,6757	1,39	72,97		
	68 – 75	75	4,7733	1,27	79,43		
	76 Yaş ve üstü	34	4,5882	1,13	74,66		
AKYÖBDÖ Toplam Puan	53 Yaş ve altı	6	32,3333	6,56	65,83	1,487	,685
	54 – 67	37	33,9730	4,00	72,80		
	68 – 75	75	33,6933	4,06	76,02		
	76 Yaş ve üstü	34	34,0882	5,26	83,47		

Araştırmaya katılan kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının yaş değişkeni için ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır.

Sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “54 – 67” ve “68 – 75” yaş aralığına göre toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,003$ ve $p=,000$). Alt boyut 2 için “54 – 67”, “68 – 75” ve “76 yaş ve üstü” aralığına göre toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,026$, $p=,000$ ve $p=,002$). Alt boyut 3 için “54 – 67”, “68 – 75” ve “76 yaş ve üstü” aralığına göre toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$, $p=,000$ ve $p=,000$). Alt boyut 4 için “54 – 67”, “68 – 75” ve “76 yaş ve üstü” aralığına göre toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$, $p=,000$ ve $p=,003$). Ölçek toplam puanları için “54 – 67”, “68 – 75” ve “76 yaş ve üstü” gruplarına göre toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,040$, $p=,018$ ve $p=,001$). Ortalamalar arasındaki farkı belirlemek amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin yaş aralığına göre Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından elde edilen toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 23. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanlar ile Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki

	Yaş	
	Rho	p
Alt Boyut 1(Tedaviye uyum)	,025	,758
Alt Boyut 2(Aktivitelere uyum)	,084	,302
Alt Boyut 3(Tavsiyelere uyum)	,074	,365
Alt Boyut 4(Yardım alma)	,031	,708
AKYÖBDÖ Toplam Puan	,120	,142

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutları toplam puanları ile yaş değişkeni arasındaki ilişkinin araştırılabilmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir. Varsayımlar karşılanmadığı için Spearman Korelasyonu uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin yaş değişkeni ile Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Yaşadığı Yer	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	İlçe	17	6,9412	1,43	65,18	955,00	,243
	Şehir	135	7,4667	1,63	77,93		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere uyum)	İlçe	17	9,1176	2,11	65,91	967,50	,284
	Şehir	135	9,7185	1,78	77,83		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere uyum)	İlçe	17	11,7647	1,52	68,53	1012,00	,405
	Şehir	135	12,0741	1,52	77,50		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	İlçe	17	4,7647	1,56	76,38	1145,50	,990
	Şehir	135	4,6889	1,26	76,51		
AKYÖBDÖ Toplam Puan	İlçe	17	32,5882	4,83	62,35	907,00	,158
	Şehir	135	33,9481	4,35	78,28		

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının yaşadığı yer durumu için ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “şehir” grubu toplam puanlarının normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Alt boyut 2 için “şehir” grubu toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Alt boyut 3 için “şehir” grubuna ait toplam puanların normal dağılıma sahip olmadıkları tespit edilmiştir ($p=,000$). Alt boyut 4 için “şehir” grubu toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Ölçek toplam puanları için “şehir” grubu toplam puanlarının normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Ortalamalar arası farkı belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda bireylerin yaşadığı yerlere göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından elde edilen toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 25. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	X^2	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	Okuryazar değil	42	7,4762	1,58	79,83	1,429	,699
	İlköğretim	90	7,2889	1,58	73,27		
	Ortaöğretim	18	7,8333	1,91	84,44		
	Yükseköğretim	2	7,5000	2,12	80,25		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere Uyum)	Okuryazar değil	42	9,7143	2,20	79,95	2,644	,450
	İlköğretim	90	9,6778	1,60	76,26		
	Ortaöğretim	18	9,2222	1,98	65,83		
	Yükseköğretim	2	11,0000	1,41	111,00		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere Uyum)	Okuryazar değil	42	12,1190	1,48	81,06	2,118	,548
	İlköğretim	90	12,0111	1,58	75,57		
	Ortaöğretim	18	12,1111	1,32	74,58		
	Yükseköğretim	2	11,0000	1,41	39,75		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	Okuryazar değil	42	4,5952	1,21	73,70	,786	,853
	İlköğretim	90	4,7778	1,37	78,96		
	Ortaöğretim	18	4,5556	1,14	71,31		
	Yükseköğretim	2	4,5000	,70	71,50		
AKYÖBDÖ Toplam Puan	Okuryazar değil	42	33,9048	5,17	80,14	,410	,938
	İlköğretim	90	33,7556	4,14	75,29		
	Ortaöğretim	18	33,7222	4,34	74,36		
	Yükseköğretim	2	34,0000	,00	73,50		

Araştırmaya katılan kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının eğitim durumu için ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “okuryazar değil”, “ilköğretim” ve “ortaöğretim” grupları için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir (p=,006, p=,000 ve p=,006). Alt boyut 2 için “okuryazar değil”, “ilköğretim” ve “ortaöğretim” değişkeni için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir (p=,001, p=,000 ve p=,016).

Alt boyut 3 için “okuryazar değil” ve “ilköğretim” değişkeni için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$ ve $p=,000$). Alt boyut 4 için “okuryazar değil” ve “ilköğretim” değişkeni için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,006$ ve $p=,000$). Ölçek toplam puanları için “okuryazar değil” değişkeni için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Ortalamalar arasındaki farkın incelenebilmesi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumuna göre Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından alınan toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 26. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	Çalışıyor	2	7,5000	2,12	80,25	142,50	,900
	Çalışmıyor	150	7,4067	1,62	76,45		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere uyum)	Çalışıyor	2	12,0000	,00	142,50	18,00	,030*
	Çalışmıyor	150	9,6200	1,81	75,62		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere uyum)	Çalışıyor	2	12,5000	,70	92,25	118,50	,593
	Çalışmıyor	150	12,0333	1,53	76,29		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	Çalışıyor	2	6,5000	2,12	122,50	58,00	,122
	Çalışmıyor	150	4,6733	1,27	75,89		
AKYÖBDÖ	Çalışıyor	2	38,5000	4,94	121,25	60,50	,146
Toplam Puan	Çalışmıyor	150	33,7333	4,39	75,90		

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının çalışma durumu için ortalamalar arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “çalışmıyor” grubu için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Alt boyut 2 için “çalışmıyor” grubu için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$).

Alt boyut 3 için “çalışmıyor” grubu için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Alt boyut 4 için “çalışmıyor” grubu için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Ölçek toplam puanları için “çalışmıyor” grubu için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,000$). Ortalamalar arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin çalışma durumuna göre alt boyut 2’den aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, çalışıyor grubunun alt boyut 2 toplam puan sıra ortalamasının çalışmıyor grubunun alt boyut 2 toplam puan sıra ortalamasından daha fazla olduğu söylenebilir.



Tablo 27. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Karşılaştırılması

		Birlikte Yaşadığı Kişiler	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	X^2	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	Yalnız		21	7,5238	1,28	80,43	1,207	,751
	Eşimle		64	7,2969	1,57	72,76		
	Eş ve çocukla		37	7,3784	1,70	76,19		
	Diğer		30	7,6000	1,86	82,12		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere uyum)	Yalnız		21	9,7143	1,87	80,50	1,895	,594
	Eşimle		64	9,7500	1,49	77,02		
	Eş ve çocukla		37	9,3243	2,12	68,74		
	Diğer		30	9,8000	2,09	82,15		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere uyum)	Yalnız		21	11,9524	,86	69,88	2,724	,436
	Eşimle		64	11,9531	1,67	73,54		
	Eş ve çocukla		37	12,0541	1,41	76,88		
	Diğer		30	12,2667	1,70	86,98		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	Yalnız		21	4,7143	,95	78,00	,133	,988
	Eşimle		64	4,6875	1,19	75,71		
	Eş ve çocukla		37	4,7027	1,50	75,46		
	Diğer		30	4,7000	1,46	78,42		
AKYÖBDÖ Toplam Puan	Yalnız		21	33,9048	3,47	80,05	2,639	,451
	Eşimle		64	33,6875	3,51	72,73		
	Eş ve çocukla		37	33,4595	5,28	72,49		
	Diğer		30	34,3667	5,59	87,00		

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının kiminle yaşadığı durumuna için ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “yalnız”, “eşimle” ve “eş ve çocukla” değişkeni için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,002$, $p=,000$ ve $p=,003$). Alt boyut 2 için “yalnız”, “eşimle” ve “diğer” değişkenleri için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,009$, $p=,001$ ve $p=,007$).

Alt boyut 3 için “yalnız”, “eşimle”, “eş ve çocukla” ve “diğer” değişkeni için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir (p=,001, p=,000, p=,000 ve p=,000). Alt boyut 4 için “yalnız”, “eşimle” ve “eş ve çocukla” değişkeni için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir (p=,016, p=,000 ve p=,002). Ölçek toplam puanları için “eş ve çocukla” grubuna için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir (p=,008). Ortalamalar arasındaki farkı belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda kişilerin kiminle yaşadığı durumuna göre Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından alınan toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (p>0,05).

Tablo 28. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının ile Kalp Yetersizliği Tanı Süresi Arasındaki İlişki

	Kalp Yetersizliği Tanı Süresi	
	Rho	p
Alt Boyut 1(Tedaviye uyum)	-,175	,032*
Alt Boyut 2(Aktivitelere uyum)	-,230	,004*
Alt Boyut 3(Tavsiyelere uyum)	-,150	,065
Alt Boyut 4(Yardım alma)	-,243	,003*
AKYÖBDÖ Toplam Puan	-,295	,000*

*p<0,05

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları ile kalp yetersizliği tanı süresi arasındaki ilişkinin araştırılabilmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir. Varsayımlar karşılanmadığı için Spearman Korelasyonu uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin kalp yetersizliği tanı süresi ile alt boyut 1 toplam puan arasındaki ilişki için korelasyon katsayısı -,175 olarak tespit edilmiştir. p değeri 0,032 alfa değeri 0,05 ten küçük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Kalp yetersizliği tanı süresi ile alt boyut 2 toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında korelasyon katsayısı -,230 olarak bulunmuştur. p değeri 0,004 alfa değeri 0,05 ten küçük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok zayıf bir ilişki belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği tanı süresi ile alt boyut 4 toplam puanları için ilişki sonucunda korelasyon katsayısı -,243 olarak bulunmuştur. p değeri 0,003 alfa değeri 0,05 ten küçük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Kalp yetersizliği tanı süresi ile AKYÖBDÖ toplam puanları arasındaki ilişkide korelasyon katsayısı -,295 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 29. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının NYHA Sınıfı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	NYHA Sınıfı	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalamaları	X^2	p
Alt Boyut 1 (Tedaviye uyum)	1.Evre	14	7,9286	1,38	91,14	5,991	,112
	2.Evre	59	7,6271	1,51	82,60		
	3.Evre	67	7,1045	1,71	67,49		
	4.Evre	12	7,4167	1,67	79,75		
Alt Boyut 2 (Aktivitelere uyum)	1.Evre	14	9,7857	1,96	83,25	2,899	,407
	2.Evre	59	9,9661	1,63	82,34		
	3.Evre	67	9,3881	1,99	71,80		
	4.Evre	12	9,4167	1,50	66,17		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere uyum)	1.Evre	14	12,3571	1,00	87,18	2,225	,527
	2.Evre	59	12,0339	1,49	76,69		
	3.Evre	67	11,9104	1,67	72,34		
	4.Evre	12	12,4167	1,24	86,29		
Alt Boyut 4 (Yardım alma)	1.Evre	14	4,8571	,94	83,11	1,274	,735
	2.Evre	59	4,8305	1,35	79,48		
	3.Evre	67	4,5821	1,23	73,83		
	4.Evre	12	4,5000	1,67	69,04		
AKYÖBDÖ Toplam Puan	1.Evre	14	34,9286	2,43	90,14	3,422	,331
	2.Evre	59	34,4576	4,00	80,60		
	3.Evre	67	32,9851	4,98	69,84		
	4.Evre	12	33,7500	4,39	77,58		

Araştırmaya katılan kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının NYHA sınıfı grubuna göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı hipotezini belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Sonucunda “3.Evre” grubu için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir ($p=,006$). Ortalamalar arasındaki farkı belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sonuç doğrultusunda kişilerin NYHA sınıfı değişkenine göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından elde edilen toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 30. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Kalp Hastalığı Dışında Herhangi Bir Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Hastalık Durumu	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1	Evet	131	7,2901	1,60	73,39	968,50	,024*
	Hayır	21	8,1429	1,55	95,88		
Alt Boyut 2	Evet	131	9,6107	1,91	76,30	1349,50	,888
	Hayır	21	9,9048	1,17	77,74		
Alt Boyut 3	Evet	131	12,0916	1,50	77,94	1186,50	,289
	Hayır	21	11,7143	1,61	67,50		
Alt Boyut 4	Evet	131	4,5802	1,18	73,66	1004,00	,039*
	Hayır	21	5,4286	1,69	94,19		
AKYÖBDÖ	Evet	131	33,5725	4,37	75,12	1194,50	,332
Toplam Puan	Hayır	21	35,1905	4,55	85,12		

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumu için ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda alt boyut 1 için “hayır”, alt boyut 2 için “evet” ve “hayır”, alt boyut 3 için “evet” ve “hayır”, alt boyut 4 için “evet” ve “hayır” ve AKYÖBDÖ için “evet” değişkenleri için toplam puanların normal dağılıma uygun olmadıkları belirlenmiştir ($p=,000, p=,000, p=,036, p=,000, p=,036, p=,000, p=,019$ ve $p=,000$).

Farkı belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuç doğrultusunda kişilerin kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumu için alt boyut 1'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonucunda kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumu hayır olan kişilerin sıra ortalamalarının evet olan kişilerin sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu söylenebilir. Kişilerin kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumuna göre alt boyut 4'ten alınan toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuca göre kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumu hayır olan kişilerin sıra ortalamalarının evet olan kişilerin sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 31. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Kalp Hastalığı Dışında Olan Hastalığa Göre Karşılaştırılması

	Hastalık	Hastalık Durumu	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1	Romatoloji	Evet	5	7,8000	1,48	87,80	311,00	,545
		Hayır	147	7,3946	1,62	76,12		
(Tedaviye Uyum)	Endokrin	Evet	69	7,1884	1,54	72,70	2601,50	,314
		Hayır	83	7,5904	1,66	79,66		
	KVS	Evet	90	7,2889	1,63	73,89	2555,00	,360
		Hayır	62	7,5806	1,59	80,29		
	Solunum	Evet	51	7,0588	1,60	67,32	2107,50	,058
		Hayır	101	7,5842	1,60	81,13		
	Nöroloji	Evet	6	7,1667	,98	71,58	408,50	,772
		Hayır	146	7,4178	1,64	76,70		
	Böbrek	Evet	23	7,1739	1,69	71,70	1373,00	,555
		Hayır	129	7,4496	1,61	77,36		

	Hastalık	Hastalık Durumu	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 2 (Aktivitelere Uyum)	Romatoloji	Evet	5	10,2000	1,30	86,70	316,50	,591
		Hayır	147	9,6327	1,84	76,15		
	Endokrin	Evet	69	9,6522	2,12	78,87	2700,00	,538
		Hayır	83	9,6506	1,54	74,53		
	KVS	Evet	90	9,5556	1,87	74,21	2584,00	,431
		Hayır	62	9,7903	1,75	79,82		
	Solunum	Evet	51	9,3529	2,03	71,24	2307,00	,286
		Hayır	101	9,8020	1,70	79,16		
	Nöroloji	Evet	6	9,6667	1,63	76,25	436,50	,988
		Hayır	146	9,6507	1,84	76,51		
	Böbrek	Evet	23	9,1739	2,01	67,41	1274,50	,274
		Hayır	129	9,7364	1,78	78,12		
Alt Boyut 3 (Tavsiyelere Uyum)	Romatoloji	Evet	5	12,6000	,89	92,20	289,00	,394
		Hayır	147	12,0204	1,53	75,97		
	Endokrin	Evet	69	12,2464	1,48	85,58	2237,00	,015*
		Hayır	83	11,8675	1,53	68,95		
	KVS	Evet	90	12,0667	1,57	79,51	2519,50	,287
		Hayır	62	12,0000	1,44	72,14		
	Solunum	Evet	51	12,0784	1,44	75,16	2507,00	,779
		Hayır	101	12,0198	1,56	77,18		
	Nöroloji	Evet	6	11,8333	,75	61,58	348,50	,374
		Hayır	146	12,0479	1,54	77,11		
	Böbrek	Evet	23	12,3478	1,07	83,33	1326,50	,396
		Hayır	129	11,9845	1,58	75,28		
Alt Boyut 4 (Yardım Alma)	Romatoloji	Evet	5	4,2000	,83	59,80	284,00	,370
		Hayır	147	4,7143	1,30	77,07		
	Endokrin	Evet	69	4,6812	1,27	78,17	2748,00	,657
		Hayır	83	4,7108	1,31	75,11		
	KVS	Evet	90	4,6000	1,08	74,14	2578,00	,408
		Hayır	62	4,8387	1,53	79,92		
	Solunum	Evet	51	4,4314	1,26	67,78	2131,00	,071
		Hayır	101	4,8317	1,28	80,90		
	Nöroloji	Evet	6	5,1667	1,16	93,17	338,00	,325
		Hayır	146	4,6781	1,29	75,82		
	Böbrek	Evet	23	5,0435	1,26	89,07	1194,50	,122
		Hayır	129	4,6357	1,29	74,26		

AKYÖBDÖ Toplam Puan	Romatoloji	Evet	5	34,8000	2,94	86,10	319,50	,619
		Hayır	147	33,7619	4,46	76,17		
	Endokrin	Evet	69	33,7681	4,81	79,13	2682,00	,500
		Hayır	83	33,8193	4,08	74,31		
	KVS	Evet	90	33,5111	4,32	74,77	2634,50	,558
		Hayır	62	34,2097	4,55	79,01		
	Solunum	Evet	51	32,9216	4,44	67,19	2100,50	,063
		Hayır	101	34,2376	4,35	81,20		
	Nöroloji	Evet	6	33,8333	2,92	75,67	433,00	,962
		Hayır	146	33,7945	4,47	76,53		
	Böbrek	Evet	23	33,7391	4,32	74,02	1426,50	,769
		Hayır	129	33,8062	4,44	76,94		

*p<0,05

Araştırmaya katılan kişilerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutları toplam puanlarının kalp hastalığı dışında olan hastalık için ortalamalar arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımların karşılanmaması nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonucunda bireylerin kalp hastalığı dışında herhangi endokrin hastalığı olma durumuna göre alt boyut 3'ten aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Endokrin hastalığı olan kişilerin toplam puan sıra ortalamalarının endokrin hastalığı olmayan kişilerin toplam puan sıra ortalamalarından daha fazla olduğu söylenebilir.

Tablo 32. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Kalp Yetersizliği ile İlgili Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	EğitimAlma Durumu	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1	Evet	34	6,7353	1,60	58,79	1404,00	,006*
	Hayır	118	7,6017	1,58	81,60		
Alt Boyut 2	Evet	34	9,1471	2,03	66,16	1654,50	,113
	Hayır	118	9,7966	1,74	79,48		
Alt Boyut 3	Evet	34	11,6176	1,90	70,75	1810,50	,394
	Hayır	118	12,1610	1,37	78,16		
Alt Boyut 4	Evet	34	4,4412	1,07	68,69	1740,50	,222
	Hayır	118	4,7712	1,34	78,75		
AKYÖBDÖ	Evet	34	31,9412	4,65	57,91	1374,00	,005*
Toplam Puan	Hayır	118	34,3305	4,21	81,86		

*p<0,05

Araştırmaya katılan kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alma durumu için ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Buna göre alt boyut 1 için evet ve hayır, alt boyut 2 için evet ve hayır, alt boyut 3 için evet ve hayır, alt boyut 4 için evet ve hayır ve Öz Bakım Davranışları ölçeği için evet grubu için toplam puanların normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir (p=,001,p=,000,p=,006,p=,000,p=,000,p=,000,p=,000, p=,000 ve p=,001). Farkı belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonucunda kişilerin kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alma durumuna göre alt boyut 1’den elde edilen toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Kalp yetersizliği ile ilgili eğitimi almayan kişilerin sıra ortalamalarının kalp yetersizliği ile ilgili eğitimi alan kişilerin sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu söylenebilir. Kişilerin kalp yetersizliği ile ilgili eğitimi alma durumuna göre Öz Bakım Davranışları ölçeği ölçeğinden alınan toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05).

Kalp yetersizliği ile ilgili eğitimi almayan kişilerin sıra ortalamalarının kalp yetersizliği ile ilgili eğitimi alan kişilerin sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 33. Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Eğitimin Kimden Alındığına Göre Karşılaştırılması

	Eğitimin Alındığı Kişi	n	\bar{X}	SS	Sıra Ortalaması	U	p
Alt Boyut 1	Hekim	30	6,7000	1,57	17,70	66,00	,647
	Hemşire	5	7,2000	1,78	19,80		
Alt Boyut 2	Hekim	30	9,1667	2,01	17,85	70,50	,829
	Hemşire	5	9,4000	2,30	18,90		
Alt Boyut 3	Hekim	30	11,7333	1,81	18,80	51,00	,239
	Hemşire	5	10,8000	2,28	13,20		
Alt Boyut 4	Hekim	30	4,4333	1,10	17,82	69,50	,775
	Hemşire	5	4,6000	,89	19,10		
AKYÖBDÖ	Hekim	30	32,0333	4,80	18,05	73,50	,943
Toplam Puan	Hemşire	5	32,0000	3,67	17,70		

Araştırmaya katılan kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alan kişilerin, eğitimi kimden aldığı durumuna göre ortalamaları arasında fark olup olmadığı belirlemek için verilerin kontrolü sağlanmıştır. Varsayımlar karşılandığı için Bağımsız Örneklem T testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin kalp yetersizliği ile ilgili eğitim alanların, eğitimi kimden aldığına göre Hastalığı Kabul ölçeğinden alınan toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 34. Hastalığı Kabul Ölçeği Toplam Puanları ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki

	Alt Boyut 2		Alt Boyut 3		Alt Boyut 4		AKYÖBDÖ Toplam Puan		HKÖ Toplam Puan	
	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p
Alt Boyut 1	,311	,000*	,248	,002*	,249	,002*	,671	,000*	,049	,547
Alt Boyut 2			,319	,000*	,321	,000*	,745	,000*	,064	,436
Alt Boyut 3					,309	,000*	,622	,000*	-,050	,542
Alt Boyut 4							,615	,000*	,072	,381
AKYÖBDÖ Toplam Puan									,082	,314

Araştırmaya katılan kişilerin Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanları ile kalp yetersizliği tanı süresi arasındaki ilişkinin araştırılabilmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir. Buna göre, alt boyut 1, 2, 3 ve 4, Öz Bakım Davranışları ölçeği ve Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanları normal dağılıma sahip değildir ($p=,018$, $p=,000$, $p=,000$, $p=,000$, $p=,000$, $p=,000$). Varsayımlar karşılanmadığı için Spearman Korelasyonu uygulanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin alt boyut 1'den aldıkları toplam puanlar ile alt boyut 2'den aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,311 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin alt boyut 1'den aldıkları toplam puanlar ile alt boyut 3'ten aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,248 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin alt boyut 1'den aldıkları toplam puanlar ile alt boyut 4'ten aldıkları toplam puanlar arasında korelasyon katsayısı ,249 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Kişilerin alt boyut 1'den aldıkları toplam puanlar ile Öz Bakım Davranışları ölçeği ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,671 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin alt boyut 2'den aldıkları toplam puanlar ile alt boyut 3'ten aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,319 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif ve zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Kişilerin alt boyut 2'den aldıkları toplam puanlar ile alt boyut 4'ten aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,321 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Kişilerin alt boyut 2'den aldıkları toplam puanlar ile Öz Bakım Davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,745 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin alt boyut 3'ten aldıkları toplam puanlar ile alt boyut 4'ten aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,309 olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin alt boyut 3'ten aldıkları toplam puanlar ile Öz Bakım Davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,622 olarak b tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin alt boyut 4'ten aldıkları toplam puanlar ile AKYÖBD ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ,615 tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçeği toplam puanı ile Hastalığı Kabul ölçeği toplam puanı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak öz bakım davranışları ölçeği ve hastalığı kabul ölçeği arasında pozitif korelasyon mevcut. Hastalığı kabul düzeyi alt boyut 1,2 ve 4 arasında pozitif korelasyon mevcut iken, alt boyut 3 arasında negatif korelasyon mevcuttur. Bu durum hastalığı kabul düzeyi artan bireylerin semptom yönetimini bildiklerini düşünüp verilen tavsiyelere uymadıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde çalışmaya ait bulgular ve araştırma hipotezleri güncel literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Hastalığı Kabullenme Durumları

Araştırmamızda 152 kalp yetersizliği tanılı bireyler incelendiğinde çoğunluğu kadınlardan oluştuğu, en yüksek yaş grubu 68-75 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubuna bakıldığında çoğunluğu çalışmıyor olması emeklilik durumuyla açıklanabilir. Toplumumuzun sosyokültürel durumu düşünöldüğünde çoğunluğu ilkokul mezunu ve evli olması beklendik bir sonuçtur.

Araştırmamızda 152 kalp yetersizliği hastasının hastalığı kabul düzeyi ortalaması 21.92 ± 3.65 olarak bulunmuştur. Hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %14,5'i düşük, %82,2'si orta, %3,3'ü yüksek düzey sınıfına girdiği saptanmıştır.

Kronik hastalıklarda yapılan çalışmalarda Felton ve ark. (1984) yaptığı çalışmada diyabet hastalarının hastalığı kabul düzeyini 28.80, Mariusze ve ark. (2017) çalışmalarında akciğer kanseri tanılı hastalarda hastalığı kabul düzeyi 27.1 ± 9.2 , Cipora ve ark. meme kanseri tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastalığı kabul düzeyi 26.53 ± 7.71 , hipertansiyon hastalarıyla yapılan çalışmada hastalığı kabul düzeyi $28,76 \pm 7,49$ olarak bulmuştur (48,55,56). Obieglo ve ark. (2017) kalp yetersizliği hastalarının hastalığı kabul düzeyi 25.0 ± 9.0 orta düzey olarak bildirmişlerdir (16). Alicja ve ark. (2020) kalp yetersizliği hastalarının hastalığı ve cinsel işlevlerini kabulü üzerine yaptıkları çalışmada hastalığı kabul düzeyi 26.75 ± 9.59 olarak bulunmuştur (57). Bizim çalışmamızda da literatür doğrultusunda hastalığı kabul düzeyi 21.92 ± 3.65 orta düzey olarak belirlenmiş, literatürle uyum göstermektedir.

Araştırmamızda yapılan analizler sonucunda hastalığı kabul ölçeği puan ortalamalarına göre araştırmaya katılan kişilerin cinsiyet, medeni durum, yaş grubu, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan kişi, eğitim alma ve eğitimi kimden aldığı durumuna göre hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak çalışan grubun hastalığı kabul düzeyi çalışmayan gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Yüksek saptanmasının nedeninin çalışan grubun sosyal bir ortamda olması, diğer insanlarla etkileşiminin fazla olması ve farkındalığının yüksek olması gibi düşünülebilir.

Araştırmamızda hastalık kabul düzeyi ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamış ($p>0,05$) ancak 53 yaş ve altı grubunun hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek olmasının sebebinin daha genç gruptaki hastaların yaşama bağlılığı, iyileşme inancı ve tedaviye uyumlarının daha iyi olmasının etken olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda hastalık kabulü puan ortalamaları ile yaş arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde farklı sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastaların yaşının hastalığı kabullenmede önemli bir etken olmadığı bulunmuş (58). Diyabetli hastalarla yapılan başka bir çalışmada yaş ile hastalığı kabul düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (17). Obieglo ve ark. kalp yetersizliği hastalarıyla yaptığı çalışmasında hastalık kabul düzeyi ve yaş arasında ters orantı olduğu belirlenmiştir (16).

Araştırmamızda hastalık kabul düzeyi ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamış ($p>0,05$), ancak yükseköğretim grubundaki kişilerin hastalık kabul düzeyinin diğer eğitim gruplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça hastalığı kabul düzeyinin de arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Literatür incelendiğinde hastalık kabul düzeyi ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark görülmediği saptanmıştır. Bizim çalışmamız da literatür bilgileriyle uyumludur. Diyabet hastaları üzerine yapılan araştırmada eğitim düzeyinde anlamlı bir fark yokken, gruplar arasında ortaöğretim grubunun hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (17).

Hipertansiyon hastalarıyla yapılan çalışmada okuryazar grubunun puan ortalamalarının diğer eğitim düzeyine sahip bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur(59). Besen (2009) çalışmasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler durumuna göre hastalığı kabul düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (17). Araştırmamızda hastalık süresi ve hastalığı kabul arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Yapılan diğer çalışmada hastalık süresinin hastalığı kabulü etkilemediği bulunmuştur (60).

Araştırmamızda NYHA sınıfı değişkeniyle hastalığı kabul düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bulunan farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı belirlemek için Bonferroni testi sonucunda“2.evre” Hastalığı Kabul ölçeği toplam puan ortalamaları ile “4.evre” Hastalığı Kabul ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p=0,012$). Bu sonuç doğrultusunda “2.evre” Hastalığı Kabul ölçeği toplam puan sıra ortalamalarının “4.evre” Hastalığı Kabul ölçeği toplam puan sıra ortalamalarından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni 2.evredeki hastalarda semptomların daha az olması, iyileşebilme umudunun olmasıyla ilişkili olabilir. Obieglo ve ark. çalışmasında NYHA 1. ve 2. evredeki kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabul düzeyinin daha yüksek bulunmuştur(16). Çalışma sonuçlarımız literatürde de belirtildiği gibi kalp yetersizliği hastalarının NYHA evresi arttıkça ve hastalık semptomları kötüleştikçe hastalık kabul düzeylerinde düşüş yaşandığını desteklemektedir.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının %86,18’inde komorbid hastalığı olduğu saptanmıştır. Hastalığı kabul ölçeğiyle komorbid hastalıklar arasında fark olup olmadığı incelendiğinde böbrek hastalığı olan hastaların diğer hastalığı olanlara göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Böbrek hastalığı olan ve olmayan kalp yetersizliği hastalarında da düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Böbrek hastalığı olan hastalardaki hastalık kabul puanlarının düşük olmasının nedeninin; kalp yetersizliği ve böbrek hastalıklarının semptomlarının benzer olması nedeniyle hastalığın şiddetini daha da arttırması ve hastanın hastalıkla baş etmesini güçleştirmesi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim alma ve eğitimin kimden alındığı durumuna göre Hastalığı Kabul ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç kalp yetersizliği hastalarının eğitimlerinde hastalıkla baş etmeye yönelik boyutların hastaya tam olarak kazandırılmaması nedeniyle olabilir. Bu kapsamda hastalara verilen eğitimlerin planlanmasında hastaların hastalığı kabul ölçeği gibi uygun ölçekler kullanılarak eğitim öncesinde hastalık kabul düzeyleri belirlenmeli ve bu doğrultuda eğitim konuları planlanmalıdır. Diğer kronik hastalıklarda alınan eğitimin etkisi incelendiğinde diyabet hastalarına verilen diyabet eğitiminin diyabet eğitiminin hastalığı kabul düzeyi üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (17). Araştırmamız sonucunda Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabul düzeyi yüksektir' hipotezi reddedilmiştir.

5.2. Hastaların Öz bakım Davranışlarını Gerçekleştirme Durumları

Kalp yetersizliğinde öz bakım tedavinin başarılı olmasında önemli bir etkidir. Hastaların ilaçlarını düzenli kullanması, diyetine uyması, kontrollerine düzenli gitmesi, egzersiz programına uyması semptomların kötüleşmesini önlemede önemli yer tutmaktadır. Sağlıklı bir yaşamın devam etmesi için öz bakım davranışlarına uyumun olması gereklidir (61).

Araştırmamızda hastaların öz bakım davranışları puan ortalamaları $33,79\pm 4,41$ olarak saptanmıştır. Ölçekten 12-60 aralığında puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan azaldıkça öz bakım davranışları daha iyi yerine getirilmektedir. Bizim çalışmamızda elde edilen puan ortalaması öz bakım davranışı düzeyinin 'yeterli' olduğunu göstermektedir. Baydemir ve ark. (2013) yaptığı çalışmada ölçek puan ortalaması $34,00\pm 7,99$ olarak bulunmuştur. Peters ve ark. çalışmasında kalp yetersizliği hastalarındaki öz bakım davranışları ölçek puanı 24.7 olarak bulunmuştur (62). KY hastalarında öz bakım davranışlarının incelendiği diğer çalışmalarda öz bakımın yeterli düzeyde olduğu bildirilmiştir (61,63-65). Bizim çalışma sonuçlarımız da yukarıda bildirilen literatür bilgileri ile uyum göstermektedir. Diğer yandan yapılan bazı çalışmalarda öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyi yetersiz olarak saptanmıştır (51,66, 67, 68).

Çalışmamızda öz bakım davranışı değişikliğine bakıldığında her gün tartılma, kilo takibi yapma, yorgunluk artışında hastaneye başvurma, her sene grip aşısı yaptırma ve düzenli egzersiz yapma davranışlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Solunum sıkıntısı olduğunda hastaneye başvurma, ödem takibi yapma, sıvı kısıtlaması yapma, dinlenme, az tuzlu beslenme ve ilaçlarını düzenli kullanma davranışlarının gerçekleştirme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların yüksek düzeyde gerçekleştirdiği öz bakım davranışları genellikle semptomları akut bir şekilde hafifletmeye yönelik iken, düşük düzeyde gerçekleştirdikleri öz bakım davranışları ise genellikle orta ve uzun vadede semptomları önlemeye yönelik davranışlar olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada kilo takibi, düzenli egzersiz, semptomlar kötüleştiğinde hastaneye başvurma ve grip aşısı olma davranışının düşük düzeyde olduğu saptanırken (66), diğer bir çalışmada sıvı ve tuz kısıtlama, dinlenme, ilaç kullanımı ve semptom kötüleştiğinde haber verme davranışlarının düşük olduğu bildirilmiştir(51).

Araştırmaya katılan kişilerin Öz Bakım Davranışları ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş grubu, yaşadığı yer, yaşadığı kişi, eğitim durumu ve NYHA evresi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hiçerimez ve Çamdeviren'in (2019) çalışmasında öz bakım davranışları puanları ile yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu ve meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanırken, cinsiyet değişkeninde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Linn ve ark. (2016) kalp yetersizliği hastalarındaki çalışmasında öz bakım davranışları ile yaş ve eğitim arasında anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir(69).Yapılan benzer çalışmalarda öz bakım davranışları ile cinsiyet ve NYHA evresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(70-72). Kalp yetersizliği tanı süresi ile öz bakım davranışları ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı $-0,295$ olarak bulunmuştur($p:0,000$; $p<0,005$). Bu katsayı anlamlı, negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durumda tanı süresi arttıkça öz bakım davranışları ölçeği puanı azalmaktadır. Bu durum hastaların tanı süreleri uzadıkça semptom yönetimini daha iyi yapabilme ve öz bakım davranışlarını daha iyi yerine getirebilme becerilerini kazandıklarını göstermektedir.

Analiz sonucunda araştırmaya katılan kişilerin kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumuna göre tedaviye uyum (alt boyut 1)'dan alınan toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre kalp hastalığı dışında eşlik eden komorbid durumu olan kişilerin toplam puan ortalamalarının hastalığı olmayan kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir. Kişilerin kalp hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olma durumuna göre yardım alma (alt boyut 4) grubundan alınan toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Sonucunda kalp hastalığı dışında eşlik eden komorbid durumu olmayan kişilerin puan ortalamalarının komorbid durumu olan kişilere göre daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuçlara göre ek bir hastalığın olması hastalıkla yaşamayı öğrenmeyi ve hastalığı kabullenmeyi kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Araştırmamızda komorbid hastalığı bulunan kişilerden endokrin hastalığı olanların ve olmayanların tavsiyelere bağlılık (alt boyut 3) grubundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuç endokrin hastalığı olan kişilerin öz bakım davranışları toplam puan ortalamalarının endokrin hastalığı olmayan kişilerden daha yüksek olduğu yani öz bakım davranışlarının daha yetersiz olduğu anlamını taşımaktadır. Endokrin hastalıkları grubunda genellikle diyabet hastalığı mevcuttur. Bu grubun öz bakım davranışlarının yetersiz bulunması, özellikle diyabetin çok komplike bir hastalık olması, semptom gösterme riskinin fazla olması, ilaç ya da insülin tedavileri ile hastaların hastalık yönetiminde güçlük yaşamasına neden olmuş olabilir. Diyabet z bakım davranışlarını başarılı bir şekilde gerçekleştirmeyi gerektiren kronik bir hastalıktır.

Bu hastalığın yanında hastanın ek olarak kalp yetersizliği tanısına da sahip olması öz bakım uygulamalarını daha da zorlaştırmaktadır. Yapılan bir araştırmada kalp yetersizliğine ek olarak HT ve DM hastalıklarına sahip olanların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (73).

Araştırmamız sonucunda 'Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri yüksektir' hipotezi kabul edilmiştir.

5.3. Hastaların Öz Bakım Davranışları ve Hastalığı Kabul Durumları

Araştırmamızda hastaların öz bakım davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ($p>0,05$) olmasına karşın pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Elde edilen ilişki anlamlı olmasa da pozitif yönlü korelasyon hastalığı kabul düzeyi artan bireyin öz bakım davranışları düzeyinin de arttığına işarettir. Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabullenme ve öz bakım durumlarının belirlendiği çalışmada hastalığı kabul ölçeği puan ortalaması ile öz bakım ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (45).Literatür ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde kalp yetersizliği hastalarında hastalık kabulü ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda çalışmamızın sonuçları hemşirelik literatürüne katkı sağlayıcı bir nitelik taşımaktadır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda ‘Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasında ilişki vardır’ hipotezi reddedilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Hipotez 1: Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabul düzeyi yüksektir. Çalışmamızın hastalığı kabul puan ortalamaları $21,92 \pm 3,65$ olduğu saptanmıştır ve %82,2'sinin de hastalığı kabul düzeyi 'orta' düzey olarak belirlenmiştir. Hipotez 1 reddedilmiştir.

Hipotez 2: Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri yüksektir. Çalışmamızda öz bakım davranışları ölçeği puan ortalaması $33,79 \pm 4,41$ olarak saptanmıştır. Hipotez 2 kabul edilmiştir.

Hipotez 3: Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasında ilişki vardır. Çalışmamızda hastalığı kabul düzeyi ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hipotez 3 reddedilmiştir.

Araştırmamız sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kalp yetersizliği hastalarının belirli aralıklarla hastalığı kabul düzeylerinin belirlenmesi
- Hastanın Hastalığı kabul düzeyini arttıracak hastalık yönetimiyle ilgili hemşirelik girişimleri kapsamında planlanarak hem bakıma hem taburculuk eğitimine dahil edilecek girişimler yapılması
- Özellikle NYHA 4. Evrede olan hastalara özel hastalığı kabul düzeyini arttıracak psikososyal bakım girişimleri planlanması
- Komorbid hastalıklardan böbrek hastalığı olan bireylerin hastalığı kabul düzeyini yükseltmek için özel girişimler planlanması
- Hastalığı kabul düzeyini etkileyen faktörlerin ayrıntılı olarak irdelenmesi açısından kalp yetersizliği hastalarında nitel çalışmaların yapılması

- Başka bir komorbid hastalığı bulunan bireylerin öz bakım davranışları düzeyleri daha düşük olduğu için bu gruptaki hastalara özel eğitim programları planlanmalı, öz bakım düzeyleri düzenli aralıklarla belirlenmesi
- Özellikle komorbid endokrin hastalığı olan bireylerin öz bakımlarının daha yetersiz olması nedeniyle diyabet ve kalp yetersizliği bulunan hastaların öz bakım davranışlarını arttıracak girişimler özel planlanması
- Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışlarını destekleyecek hasta eğitimlerinin yürütülmesi önerilir.



KAYNAKLAR

- 1) Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2016; 133(4), 447-454
- 2) Akbulut E, Tülüce D, Kahraman BB. Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016; 7(14), 140-146
- 3) Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, Şahin M, Eroğlu E, Mutlu B, Kozan Ö. Türkiye’deki Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2012; 40(4): 298-308.
- 4) McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012 ;33(14):1787-1847
- 5) Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 2016; 37:2129-2200
- 6) Moser DK, Watkins JF. Conceptualizing self-care in heart failure: A life course model of patient characteristics. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008; 23:3,205-218.
- 7) Sebern M, Riegel B. Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2009; 8: 97–104.
- 8) Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications. 7 ed. Dennis CM Mosby-Year Book Inc, USA, 2001;99-135
- 9) Fekete EM, Antoni MH, Schneiderman N. Psychosocial And Behavioral Interventions For Chronic Medical Conditions, *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20:152–157.
- 10) Keogh AM, Feehally J. A Quantitative Study Comparing Adjustment and Acceptance of Illness in Adults on Renal Replacement Therapy, *ANNA Journal* 1999; 26(5): 471 -500.

- 11) Malpass A, Andrews R, Turner KM. Patients with Type 2 Diabetes Experiences of Making Multiple Lifestyle Changes: A Qualitative Study, *Patient Education and Counseling* 2009; 74:258–263.
- 12) Côté JK, Pepler C. A Focus For Nursing Intervention: Realistic Acceptance or Helping Illusions. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11: 39–43
- 13) Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational Transmission of Somatization Behaviour: A Study of Chronic Somatizers and Their Children, *Psychological Medicine* 2002; 32: 805-816
- 14) Scotto C. The Lived Experience of Adherence for Patients With Heart Failure, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2005; 25: 158–163
- 15) Obieglo M, Uchmanowicz I, Wleklík M, et al. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2016; 15(4): 241-247
- 16) Obieglo M, Siennicka A, Jankowska EA, et al. Direction of the relationship between acceptance of illness and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017; 32(4): 348-356.
- 17) Büyükkaya Besen D. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.
- 18) Davis RC, Hobbs FD, Lip GY. ABC of heart failure history and epidemiology. *BMJ*. 2000; 320(7226):39-42. doi:10.1136/bmj.320.7226.39.
- 19) Zoghi M. Kalp Yetersizliğinin Tanısı, Evreleri ve Sınıflandırılması. *Klinik Gelişim* 2011; 24: 1-5.
- 20) Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, et al. ; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; Stroke Council. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 2013 May; 6(3): 606-19. doi: 10.1161/HHF.0b013e318291329a.

- 21) Badır A, Kalp Hastalıklarına Bağlı Komplikasyonlar. (içinde). (Ed) Karadakovan A., Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 533-550.
- 22) Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Stroke Statistics, Heart Disease and Stroke Statistics-2019 update: A report from the american heart association. Circulation. 2019; 139 (10): e56-e528.
- 23) Baydemir C, Özdemir K, Ünalır A. Validity of The Turkish Version of The Eurpean Heart Failure Self-Care Behaviour Scale, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2013; 3:579-9.
- 24) Akay B, Durmaz Akyol A. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin Öz Bakım Gücüne Olan Etkisinin İncelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2014; 5(8):75-88
- 25) Tanai E. ve Frantz S. Pathophysiologyof Heart Failure. Comprehensive Physiology 2016; 6: 187-214
- 26) Sezgin D. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Öz Bakım Yönetiminin İncelenmesi Ve Hemşirelik Bakım Ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir 2015
- 27) Karagöz E. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 2019
- 28) Sevinç S. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö, ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, Adana; 2017, s:140-142
- 29) Ceylan Ö. Kardiyovasküler Fonksiyonlar.(içinde). Ovayolu N., Ovayolu Ö. Patofizyoloji (Pratik Bir Yaklaşım). Nobel Tıp Kitabevi. 2016; 91.
- 30) Uçar FM, Temizhan A. Kalp Yetersizliği: Tanı, Farmakolojik ve Girişimsel Tedaviler. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics 2015; 7(1):1-13

- 31) Badır A, Kalp Hastalıklarına Bağlı Komplikasyonlar. (içinde). (Ed) Karadakovan A., Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 533-550.
- 32) Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. New England Journal of Medicine 1997; 336(8): 525-533
- 33) Sezgin D, Mert H. Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşımlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2015; 8(2)
- 34) Lindenfelt JA, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM. HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. Journal of Cardiac Failure 2010; 16: (6)475-539
- 35) Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et.al. ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 2013;128: 1-164
- 36) Ünsal E, Kızılcı S. Diyabetli bireylerin bilgi düzeyi özbakım gücü ve a/c düzeyi arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 2(2): 16-26
- 37) Cocchieri RA, Riegel B, D'Agostino F, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. European Journal of Cardiovascular Nursing 2013; 1474515113518443.
- 38) Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure selfcare. Journal of Cardiovascular Nursing 2008; 23(3): 190-196.
- 39) Harkness K, Spaling MA, Currie K, et al. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. Journal of Cardiovascular Nursing 2015;30(2): 121-135.
- 40) Chan R. The Effect of Acceptance on Health Outcomes in Patients With Chronic Kidney Disease. Nephrology Dialysis Transplantation 2013; 28(1):11-4.

- 41) Stuifbergen A, Becker H, Blozis S, et al.. Conceptualization and Development of The Acceptance of Chronic Health Conditions Scale. *Issues In Mental Health Nursing* 2008;29(2):101-14.
- 42) Juczynski Z. Measurement instruments in promotion and psychology of health. Laboratory of Psychological Tests of the Polish Psychological Society, Warsaw (in Polish) 2015
- 43) Scheier ME, Carver CS. Dispositional Optimism and Physical Well Being: The Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health, *Journal of Personality* 1987;55(2)
- 44) Kurpas D, Mroczek B, Knap-Czechowska H, et al. Quality of Life and Acceptance of Illness Among Patients With Chronic Respiratory Diseases. *Respiratory Physiology and Neurobiology* 2013; 187(1):114-117
- 45) Gerçek A. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabullenme Ve Öz-Bakım Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan 2017
- 46) Taşkın Yılmaz F, Şahin A, TÜresin A. Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. *Çukurova Medikal Journal* 2019; 1284-1291
- 47) Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Motowidło U, et al. Assessment of Illness Acceptance By Patients With COPD and The Prevalence of Depression and Anxiety In COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2016; 11(1):963-970
- 48) Chabowski M, Polański J, Jankowska-Polanska B, et al. The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer. *J Thorac Dis.* 2017 Sep;9(9):2952-2958. doi: 10.21037/jtd.2017.08.70
- 49) Kocjan J. Is quality of life related to illness and acceptance of illness, *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(7): 34-42
- 50) Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* 2003; 5: 363-70.

- 51) Pour AH, Gökçe S, Kunter D, Yöntem H. Kalp yetersizliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının değerlendirilmesi, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2016; 24(2): 66-71
- 52) Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie MR. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. J Adv Nurs 2007; 60: 87-95
- 53) Felton B, Shinn M. Social Integration and Social Support: Moving Social Support Beyond the Individual Level, Journal of Community Psychology 1992; [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199204\)20:2](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199204)20:2)
- 54) Jankowska-Polańska B, Kaczan A, Lomper K, et al. Symptoms, acceptance of illness and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. Eur J Cardiovasc Nurs. 2018 Mar;17(3):262-272. doi: 10.1177/1474515117733731.
- 55) Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA, Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. Soc. Sci. Med. 1984; 18: 889-898.
- 56) Cipora E, Konieczny M, Sobieszczanski J. Acceptance of illness by women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2018;25(1): 167-171.
- 57) Wiśnicka A, Uchmanowicz I, Dyjakon D, et al. Acceptance of the disease and sexual functions of patients with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 2020; 1474515120944518.
- 58) Ayık ÜC. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalığı Kabullenmesi ve Dini Başetme Tarzlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum 2019
- 59) Gültekin A. Hipertansiyon Hastalarının Hastalık Yönetim Özellikleri ve Hastalığı Kabul Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya 2017
- 60) Zalewska A, Miniszewska J, Chodkiewicz J, et al. "Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients." Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2007; 21(2): 235-42.

- 61) Doğu Kkc 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, <https://doi.org/10.26453/otjhs.581600>
- 62) Peters-Klimm F, Freund T, Kunz CU, et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2013;12(2),167-76
- 63) Gallagher R, Luttk ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure, *Journal of Cardiovascular Nursing* 2011; 26(6):439-445. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820984e1>
- 64) Bayrak B, Yıldırım G, Oğuz S, et al. Kalp yetersizliği hastalarında z-bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktrlerin belirlenmesi, *Turk J Cardiovasc Nurs* 2019;10(23): 114–12
- 65) Cene CW, Haymore LB, Dolan-Soto D, et al. Self-care confidence mediates the relationship between perceived social support and self-care maintenance in adults with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 2013;19(3): 202-10
- 66) Gndoğan Gelik M. Kalp yetersizliği olan hastaların umutsuzluk düzeyleri ve z-bakım davranışları, Yüksek lisans tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2019
- 67) Cameron, J, Worrall-Carter, Page LK, et al. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure *European Journal of Heart Failure* 2010; 12: 508-515
- 68) Oksel E, Akbıyık A, Koçak G. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda z-bakım davranışlarının incelenmesi, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 1(2):1-8
- 69) Linn AC, Azollin K, de Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure/Associação entre autocuidado e reinternaço hospitalar de pacientes com insufi cincia cardıaca/Asociación entre la auto-atención y reingresos hospitalarios de pacientes con insufi ciencia cardıaca. *Revista brasileira de enfermagem* 2016;69(3): 469

- 70) Auld JP, Mudd JO, Gelow JM, et al. Patterns of heart failure symptoms are associated with self-care behaviors over 6 months. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2018;17.6: 543-551
- 71) Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, et al. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *The Journal of cardiovascular nursing* 2008;23.3: 258
- 72) Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure selfcare. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 23(3): 190-196.
- 73) Hiçerimez A. Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları ile Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2019
- 74) Şireci E. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabulleme Ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ 2012
- 75) Çavuşoğlu Y, Altay H, Cahn A, et al. "Kalp yetersizliği tedavisinde sodyum glikoz ko-transporter 2 inhibitörleri." *Turk Kardiyol Dern Ars* 48.3. 2020: 330-354.

EKLER

EK-1

HASTA TANITICI FORMU

Sayın katılımcı, bu çalışma kalp yetersizliği hastalarının hastalık bilgi düzeyini belirlemek ve bilgi düzeyinin hastalık kabulüne etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma sonuçları herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz açıklanmayacaktır. Katkınız için teşekkür ederim.

MERVE GÜNBAŞ

Anket No:

Tarih:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()
3. Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()
4. Yaşadığı Yer? Köy () İlçe () Şehir () Büyükşehir ()
5. Eğitim Durumunuz: İlköğretim () Ortaöğretim () Yükseköğretim ()
6. Çalışma Durumunuz: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
7. Kiminle yaşıyorsunuz?
Yalnız () Eşimle birlikte ()
Eşim ve çocuklarımla () Diğer ()
8. Kalp yetersizliği tanı süresi:
9. NYHA sınıfı (dosyadan elde edilecektir.) I () II () III () IV ()
10. Kalp yetersizliği dışında mevcut herhangi bir hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()
11. Cevabınız evet ise hangi hastalığa/hastalıklara sahipsiniz?
12. Kalp Yetersizliği ile ilgili eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()
13. Evet ise kimden eğitim aldınız? Hekim () Hemşire ()

EK-2

AVRUPA KALP YETERSİZLİĞİ ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınıza ilişkin öz bakım davranışlarınızı belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “Hiç Katılmıyorum” (5) ile “Tamamen Katılıyorum” (1) arasında değerlendirilmektedir. Hastalık tedavi sürecinizde aşağıda yazan maddelerin doğruluğuna katılıp katılmama durumuna göre kutucuklara ‘+’ işareti koyunuz. Katılarınız için teşekkür ederiz.

Öz Bakım Davranışları Değişkenleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Her gün tartılırım					
2. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatırım, dinlenirim)					
3. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım					
4. Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım					
5. Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım					
6. İçtiğim sıvı miktarını kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere)					
7. Gün içinde dinlenirim					
8. Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım					
9. Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim					
10. İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım					
11. Düzenli egzersiz yaparım					
12. Her sene grip aşısı yaptırırım					

EK-3

HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın** puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlışı yoktur. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum
2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum
3. Hastalığım zaman zaman kendimi ise yaramaz hissetmeme sebep oluyor.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum
4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı /muhtaç yapıyor.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum
5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum
6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum
7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum
8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.	Tamamen Katılıyorum	1	2	3	4	5	Hiç Katılmıyorum

T.C.
İZMİR KÂTİP CELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Sayın Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Karar No: 26
Tarih : 23.01.2019

KARAR

Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalık Kabulü ile Öz Bakım Davranışlarını Gerçekleştirme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi adlı araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda Kurum/ Klinik izni alınması koşulu ile çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

T. KATILMADI
Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Başkan

T. KATILMADI Doç. Dr. Serdar BAYATA Başkan Yardımcısı	İLİŞKİLİ T. KATILMADI Prof. Dr. Yasemin TOKEM Üye	T. KATILMADI Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR Üye	Doç. Dr. Özgür TOSUN Üye
Doç. Dr. Aşlı BAYSAL Üye	Uzm. Dr. Ayşenur ATAY Üye	Dr. Mehmet ERTAN Üye	Uzm. Dr. D. Barış KILICÇIOĞLU Raportör Üye
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah ÖYÜK CELİK Üye			

T.C.
İZMİR KÂTİP CELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutional Review Board

To : Yasemin TOKEM, PhD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 23.01.2019
IRB # : 26
Study Title : Examining Of The Relationship Between Acceptance Of The Illness And Level Of Actualization Of Self-Care Behavior In The Patients With Heart Failure.

At its board meeting 23.01.2019 your submission for the above referenced research study has received review and approval from Izmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Başkan


Kurul Raportörü

EK-5


Sayın Canan Hocam;

Ben Merve Günbaş. İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi'nde genel yoğun bakımda hemşire olarak çalışıyorum. Aynı zamanda İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Prof. Dr. Yasemin TOKEM ile Anadolu Kardiyoloji Dergisi'nde (2013; 13: 573-9) yayınlanan 'Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması' başlıklı çalışmamızı okuduk. Yüksek lisans tezimde anketinizi kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanmamıza izin verirsiniz çok seviniriz. İyi çalışmalar...

Merve GÜNBAŞ

 **Canan Baydemir** <canan.baydemir@kocaeli.edu.tr> 7 May 2019 14:47 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾
Merve Hanım merhaba,
Türkiye geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım 'Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği'ni Yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR
Kocaeli Üniv. Tıp Fak.
Biyostatistik ve Tıp Billişi A.D.
Kocaeli

EK-6


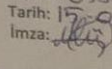
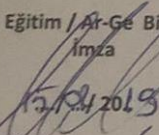
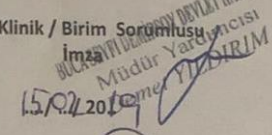
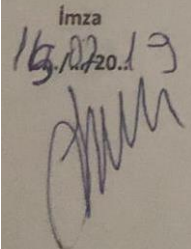
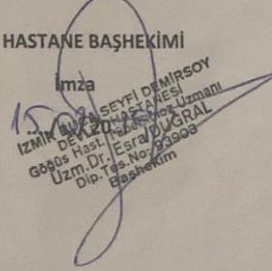
 **Dilek Büyükkaya Besen** <buyukkayabesen@gmail.com> 21 Mar 2019 Per 22:42 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾
Sayın Günbaş,
"Hastalığı Kabul Ölçeğini" çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

21 Mar 2019 Per, saat 15:50 tarihinde merve günbaş <mervegünbaş94@gmail.com> şunu yazdı:

--
Yard. Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Mihapaya Cad. Inciraltı
Balçova İzmir
Tel: 0232 4126963

↶ Yanıtla ➡ Yönlendir

EK-7

	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BUCA SEYFİ DEMİRSOY DEVLET HASTANESİ		
KOD: EY.FR.09	YAYIN TARİHİ: 25.06.2018	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ FORMU	REVİZYON NO:
Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.			SAYFA NO: 1/1
Ad Soyad: MERNE GÜNBAŞ			Cep Tel: 05342639113 Tarih: 15.02.2019 İmza: 
Araştırmanın;			
Adı/ Konusu:	Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalık Kabulü ile ÖZ Bakım Davranışlarını Gerçekleştirme Altyapıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi		
Amaç:	Araştırmanın Amacı; kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile ÖZ bakım davranışlarını gerçekleştirme altyapıları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.		
Yöntemi:	Prospektif ve ilişkisel tipte planlanmıştır.		
Uygulanacağı Birimler:	Kardiyoloji Servisi, Koroner Yoğun Bakım		
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fo. vb.)	—		
Kurum/Kuruluş Adı:	—		
Başlama Tarihi ve Süresi:	15.02.2019		
Tez Çalışması İse Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Prof. Dr. Jösemîn Tokem		
NOT: Etik Kurul onayı almamış çalışmalar, Etik Kurul onayını sunmadan çalışma yapmaya başlayamaz.			
Etik kurul kararı : Var <input checked="" type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>		
Eğitim / Ar-Ge Birim Sorumlusu İmza  15.02.2019	Klinik / Birim Sorumlusu İmza  15.02.2019 Müdür Yardımcısı Emel YILDIRIM		
Bakım Hizmetleri Müdürü İmza  15.02.2019	HASTANE BAŞHEKİMİ İmza  15.02.2019 SEYFİ DEMİRSOY İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ DEĞİŞİKLİK UZMANI Göğüs Hast. Uzmanı Uzm. Dr. Esra DUBURAL Dip. Tez. No: 23309 Başhekim		

ÖZGEÇMİŞ

Merve GÜNBAŞ, 31.08.1994 tarihinde İzmir’de doğdu. Tüm öğrenim hayatı İzmir’de geçti. Lisans eğitimini 2013-2017 yılları arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde tamamladı. Aynı yıl yüksek lisans eğitimine İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programına (İç Hastalıkları Hemşireliği) başladı ve halen devam etmektedir. 2014’den beri İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi’nde yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

