

**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ ÖZ BAKIM BECERİLERİNİ  
GERÇEKLEŞTİRME DÜZEYLERİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ ÜZERİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YURDAGÜL TEKİN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. YASEMİN TOKEM**

**Çiğli-İZMİR  
2018**



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ ÖZ BAKIM BECERİLERİNİ  
GERÇEKLEŞTİRME DÜZEYLERİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ ÜZERİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YURDAGÜL TEKİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. YASEMİN TOKEM

Çiğli-İZMİR  
2018

## KABUL VE ONAY SAYFASI

### KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;


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

Tez Savunma Tarihi : 04 /05 /2018

**Tez Danışmanı :** Prof.Dr.Yasemin TOKEM

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ..... 

Üye : Doç.Dr.Elif ÜNSAL AVDAL

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ..... 

Üye : Doç.Dr.Serap ÖZER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi..... 

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

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardımını, manevi desteğini ve pozitif enerjisini hiçbir zaman esirgemeyen, beni sabır ve anlayıőla yönlendiren, bilimsel katkılarıyla çalıőmamın her aőamasında çok büyük emeği olan değerli hocam ve tez danıőmanım Sayın PROF. DR. YASEMİN TOKEM' e,

Hayatım boyunca maddi manevi desteği ile yanımda olan canım aileme, özellikle gösterdiği sabır ve sevgisi ile her zaman yanımda olan canım eőime sonsuz teőekkürler.



## ÖZET

### **KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ ÖZ BAKIM BECERİLERİNİ GERÇEKLEŞTİRME DÜZEYLERİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Kalp yetersizliği hastalarına bakım verenler birçok sorunla karşılaşmakta ve bu durum bakım verenlerin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle bu çalışma kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemek amacıyla yapıldı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji Kliniğinde yatışı yapılan veya Polikliniğe kontrol amaçlı başvuran ve New York Heart Association (NYHA) kalp yetersizliği sınıflamasına göre 2, 3 veya 4. evrede olan 150 kalp yetersizliği hastası ve onların bakım verenleri araştırmaya dahil edildi.

Araştırmaya başlamadan önce İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izinler alındı.

Araştırma verilerinin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Bakım Veren Bilgi Formu, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizi bilgisayar ortamında istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Ölçek puanlarının hesaplanmasında aritmetik ortalama ve standart sapma, ölçek puanlarının karşılaştırılmasında korelasyon analizi, verilerin parametrik veya parametrik olmadığını belirlemek için verilerde Kolmogorov Smirnov Testi uygulandı.

Sonuç olarak bu çalışmada, kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerde bakım yükünün arttığı ve özellikle sadece okur yazar olan, eşlerine bakım veren, 1 yıldan fazla süredir bakım veren, 50 yaş üzerindeki bakım vericilerin ve hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan bakım vericilerin bakım yüklerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.

## **ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF THE LEVEL OF THE REALIZATION LEVELS OF THE HEALTH CARE PATIENTS ON THE MAINTENANCE OF HEALTH CARE**

Caregivers of heart failure patients have many problems and this negatively affects caregivers' lives. For this reason, this study was conducted to examine the effect of the levels of self-care skills of heart failure patients on caregiver burden. In izmir Katip Çelebi University Atatürk Educational and Research Hospital, 150 heart failure patients who were admitted to the Cardiology Clinic or who applied for polyclinic control purposes and were in the 2nd, 3rd or 4th stage according to the New York Heart Association (NYHA) heart failure classification were included in the study.

Prior to the start of the research, a written permission was obtained from the Non-Interventional Clinical Research Ethics Board of İzmir Kâtip Çelebi University and the General Secretariat of the Union of Public Hospitals of the Southern Region of İzmir.

The Patient Information Form, Caregiver Information Form, European Heart Failure Self-Care Behavior Scale and Zarit Caregiver Burden Scale were used to collect the research data. The analysis of the data was carried out using statistical package program in computer environment. Arithmetic Mean and Standard Deviation were used to calculate scale scores, Correlation Analysis was used to compare scale scores, and the Kolmogorov Smirnov Test was used to determine parametric or nonparametric data.

As a result, it was determined that the burden of care for patients with heart failure was increased especially caregivers who are only literate, care for their spouses, care for more than 1 year, caregivers over 50 years of age, and caregivers who meet all the needs of the patient are significantly higher in this study.

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI ..... | i    |
| TEŞEKKÜR .....              | ii   |
| ÖZET .....                  | iii  |
| ABSTRACT .....              | iv   |
| İÇİNDEKİLER .....           | v    |
| TABLolar DİZİNİ .....       | viii |

### BÖLÜM I

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. GİRİŞ.....                         | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Konusu.....         | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı.....          | 2 |
| 1.3. Hipotezler.....                  | 3 |
| 1.4. Araştırmanın Önemi.....          | 3 |
| 1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 3 |

### BÖLÜM II

|   |    |
|---|----|
| 2. GENEL BİLGİLER.....                              | 4  |
| 2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı.....               | 4  |
| 2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi.....      | 5  |
| 2.3. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi.....          | 6  |
| 2.4. Kalp Yetersizliğinin Patofizyolojisi.....      | 7  |
| 2.5. Kalp Yetersizliğinin Tipleri.....              | 8  |
| 2.5.1. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği.....            | 8  |
| 2.5.2. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği.....        | 8  |
| 2.5.3. Sistolik ve Diastolik Kalp Yetersizliği..... | 8  |
| 2.6. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları..... | 9  |
| 2.7. Kalp Yetersizliğinin Klinik Sınıflaması.....   | 10 |
| 2.8. Kalp Yetersizliğinin Tanısı.....               | 11 |



|   |    |
|---|----|
| 2.9. Kalp Yetersizliğinin Komplikasyonları .....  | 12 |
| 2.10. Kalp Yetersizliğinde Tedavi ve Bakım .....  | 12 |
| 2.10.1. Farmakolojik Tedavi.....                  | 13 |
| 2.10.2. Non-farmakolojik Tedavi.....              | 13 |
| 2.11. Öz Bakım ve Öz Bakım Gücü .....             | 15 |
| 2.12. Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım.....          | 15 |
| 2.13. Bakım Verme ve Bakım Veren Yükü .....       | 17 |
| 2.14. Kalp Yetersizliğinde Bakım Veren Yükü ..... | 18 |

### **BÖLÜM III**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>  | <b>19</b> |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....   | 19        |
| 3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....                                   | 19        |
| 3.3. Araştırma Evreni Ve Örneklemi .....                                | 19        |
| 3.4. Araştırmaya Dahil Olma/Olmama Kriterleri.....                      | 19        |
| 3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler .....                              | 20        |
| 3.5.1. Hasta Tanılama Formu (EK-1).....                                 | 20        |
| 3.5.2. Bakım Veren Tanılama Formu (EK-II).....                          | 21        |
| 3.5.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeği (EK-III)..... | 21        |
| 3.5.4. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (EK-IV).....                       | 22        |
| 3.6. Veri Toplama Yöntemi Ve Süresi .....                               | 22        |
| 3.7. Verilerin Toplanması Ve Bulguların Analizi .....                   | 22        |
| 3.8. Süre Ve Olanaklar .....  | 23        |
| 3.9. Etik Açıklamalar.....  | 23        |

### **BÖLÜM IV**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>4. BULGULAR.....</b>  | <b>24</b> |
| 4.1. Çalışma Kapsamındaki Hastalara İlişkin Bulgular.....  | 24        |
| 4.2. Çalışma Kapsamındaki Bakım Verenlere İlişkin Bulgular.....  | 32        |
| 4.3. Hasta Tanıtım Formu Verileri İle Öz Bakım Davranış Ölçeği Verilerinin Etkileşme Durumlarına İlişkin Bulgular..... | 42        |
| 4.4. Bakım Veren Tanıtım Formu İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Verilerinin Etkileşme Durumlarına İlişkin Bulgular.....     | 54        |

## **BÖLÜM V**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>   | <b>69</b> |
| 5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....                   | 69        |
| 5.2. Hastaların Hastalığa Yönelik Bulgularının Değerlendirilmesi.....                              | 70        |
| 5.3. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....             | 72        |
| 5.4. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeğine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi..... | 74        |
| 5.5. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeğine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....                     | 77        |

## **BÖLÜM VI**

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b> | <b>80</b> |
| 6.1.SONUÇ.....                   | 80        |
| 6.2.ÖNERİLER.....                | 80        |

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| <b>KAYNAKLAR.....</b> | <b>82</b> |
|-----------------------|-----------|

## **EKLER**

|  |            |
|--|------------|
| <b>EK -I- HASTA TANILAMA FORMU.....</b>  | <b>87</b>  |
| <b>EK -II- BAKIM VEREN TANILAMA FORMU.....</b>   | <b>89</b>  |
| <b>EK- III - AVRUPA KALP YETERSİZLİĞİ ÖZ-BAKIM DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ.....</b>   | <b>91</b>  |
| <b>EK- IV- ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.....</b>  | <b>92</b>  |
| <b>EK -V - AVRUPA KALP YETERSİZLİĞİ ÖZ-BAKIM DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ.....</b>  | <b>94</b>  |
| <b>EK -VI- ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ.....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>EK -VII- İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAY FORMU.....</b> | <b>96</b>  |
| <b>EK -VIII- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Kalp Yetersizliği Hastaları İçin).....</b>   | <b>97</b>  |
| <b>EK -IX- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Birincil Düzeyde Bakım Verenler İçin).....</b>   | <b>101</b> |
| <b>EK -X- TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ONAY FORMU.....</b>                    | <b>104</b> |
| <b>ÖZGEŞMİŞ.....</b>   | <b>105</b> |

## TABLolar DİZİNİ

| TABLO NO  | SAYFA NO |
|---|----------|
| <b>Tablo 1.</b> NYHA (New York Heart Association) Sınıflaması.....  | 10       |
| <b>Tablo 2.</b> Framingham Kalp Yetersizliği Kriterleri.....  | 12       |
| <b>Tablo 3.</b> Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....   | 24       |
| <b>Tablo 4.</b> Hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeğine Yönelik Tanımlayıcı Bulguları.....                                 | 30       |
| <b>Tablo 5.</b> Bakım Verenlerin Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....   | 32       |
| <b>Tablo 6.</b> Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Anket Formu Cevaplarına Yönelik Tanımlayıcı Bulgular.....                              | 38       |
| <b>Tablo 7.</b> Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-bakım Davranışı Ölçeği Puanı ile Zarit Bakım Verici Yükü Ölçeği Puanı Korelasyonu.....                    | 41       |
| <b>Tablo 8.</b> Hastaların Öz-Bakım Davranış Düzeylerinin Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi.....                     | 42       |
| <b>Tablo 9.</b> Öz Bakım Davranış Düzeyleri ile Yaş Grupları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....                       | 44       |
| <b>Tablo 10.</b> Öz Bakım Davranış Düzeyleri ile Eğitim Durumları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....                  | 44       |
| <b>Tablo 11.</b> Hastaların Öz-Bakım Davranış Düzeylerinin Hastalığa Yönelik Tanıtıcı Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi.....    | 45       |
| <b>Tablo 12.</b> Öz -Bakım Davranış Düzeyleri İle Kalp Yetmezliği Sınıfı Açısından Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....            | 46       |
| <b>Tablo 13.</b> Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Hastalık Teşhis Süresi Açısından Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....             | 47       |
| <b>Tablo 14.</b> Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Hastaların Hastaneye Yatma Sıklığı Açısından Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi..... | 47       |

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 15.</b> Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Hastaların Kilo Takibi Sıklığı Açısından Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....     | 53 |
| <b>Tablo 16.</b> Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Sigara Kullanma Miktarı Gruplarının Arasındaki Anlamlı Farklılığın İncelenmesi.....                  | 53 |
| <b>Tablo 17.</b> Bakım Verenlerin Bakım Verme Ölçek Toplam Puanlarının Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi .....       | 54 |
| <b>Tablo 18.</b> Bakım Verme Yüğü İle Bakım Veren Yaş Grupları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....                     | 56 |
| <b>Tablo 19.</b> Bakım Verme Yüğü İle Bakım Verenlerin Eğitim Durumları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....            | 56 |
| <b>Tablo 20.</b> Bakım Verme Yüğü İle Bakım Verenlerin Meslekleri Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....                  | 57 |
| <b>Tablo 21.</b> Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçek Toplam Puanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi .....    | 58 |
| <b>Tablo 22.</b> Bakım Verme Yüğü İle Bakım Verenin Hastaya Olan Yakınlık Derecesi Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi..... | 59 |
| <b>Tablo 23.</b> Bakım Verme Yüğü İle Bakım Vermeye Başlama Tarihleri Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi.....              | 62 |
| <b>Tablo 24.</b> Bakım Verme Yüğü İle Bakım Verenlerin Bakım Vermede Yardım Aldıkları Gruplar Arasındaki Anlamlılığın İncelenmesi.....                | 65 |

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Literatürde kalp yetersizliği, kronik ve ilerleyici bir klinik sendrom olarak tanımlanır. Bu kronik ve ilerleyici sendrom, nörohormonal aktivite artışı ve çeşitli organ fonksiyon bozukluğu ile karakterizedir. Kalp vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamak için yeterli miktarda kanı dokulara pompalayamaz. Ya da bunu artmış kardiyak doluş basınçları ile gerçekleştirebilirler (11).

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre klinik olarak kalp yetersizliği; hayatı her yönüyle etkileyen bir sendromdur. Aynı zamanda kalp hastalığına dispne ve yorgunluk eşlik eder. (11).

Kalp hastalıkları kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından mühim bir yere sahiptir. Özellikle endüstriyel toplumlarda birincil derece öneme sahip bir halk sağlığı sorunu olup yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır (19, 23, 24, 46, 52).

Kalp yetersizliği, yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip aynı zamanda görülme sıklığı her geçen yıl artan, ciddi bir sağlık problemidir. American Heart Association (Amerikan Kal Cemiyeti) Kalp Hastalıkları ve İnme 2015 İstatistikleri 'ne göre; Amerika'da yaklaşık 20 yaş üzerinde 5.7 milyon kalp yetersizliği hastası bulunmakta ve her yıl 870.000 yeni tanı eklenmektedir. Kalp yetersizliği tanı alma oranının 2030 yılında %46 artacağı öngörülmektedir (31).

Türkiye'de de kalp yetersizliği önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Belirleyicileri araştırmasının sonuçlarına göre ülkemizde yaklaşık 3 milyon kalp yetersizliği hastasının bulunduğu belirtilmektedir (31).

Bu derecede önemli bir sağlık sorunu olan kalp yetersizliğinin klinik semptomları; güçsüzlük, yorgunluk, oligüri, hafıza kaybı, anksiyete, baş ağrısı, insomniya, efor dispnesi, ortopne ve ödemdir (16). Bu klinik sendromda hastaların en sık şikayetleri nefes darlığı ve yorgunluktur. Bu durumda hastaların eforu tolere edebilme seviyeleri düşer ve az eforla bile sıkıntıları baş gösterebilir. Başlangıçta eforla birlikte ortaya çıkan dispne zamanla istirahatte de ortaya çıkmaktadır. Bahsi geçen tüm bu sorunlar sebebiyle orta düzeydeki ya da ciddi kalp yetersizliği hastaları alışveriş yapma, banyo yapma veya giyinme gibi bazı günlük yaşam

aktivitelerinde başka bir kişinin yardımına ihtiyaç duyarlar (18). Bu noktada bakım veren kavramı ortaya çıkmaktadır. Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını üstlenme şeklinde tanımını yapmaktadır. Bakım verme işi, 'bakım verenler yönünden çok boyutlu algılanan bir deneyimdir' şeklinde karşımıza çıkmaktadır (2).

Dünya genelinde yaşlı popülasyonunun artmasıyla birlikte bakım veren gereksinimleri de artmaktadır. Özellikle ailede hasta bireye bakım verici rolünü aile üyeleri üstlenmiştir. Bu bireyler bu konuda önemli rol almış olsalar da bakım verenin rolü kültürel ve ekonomik şartların hızlı değişim süreçleri ile zorlaşmaya başlamıştır. Bakım veren pozisyonunda olmak kimi zaman seçilemez veya planlanamaz. Bu rolün gidişatı bakım gerektiren hastalığın seyri ile belirlenmektedir (8). Bakım veren aile üyeleri, 'bakımın sebep olduğu yükün olumsuz etkileri sebebiyle, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklardır' şeklinde tanımlanırlar (7).

Kalp yetersizliğinde bakım veren yükünü ve aynı zamanda ekonomik yükü azaltmak amacı ile kalp yetersizliği yönetimi öne çıkmaktadır. Kalp yetersizliği yönetimi, mortalite oranlarını, gereksiz hastane yatışlarını en aza indirerek ve semptom yönetimini sağlamayı hedeflemektedir. Ayrıca son yıllarda birçok yeni tedavi teknolojileri geliştirilmiştir. Bunlarda en önemlileri implante edilebilir defibrilatör, biventriküler pacemaker ve sol ventrikül destek cihazlarıdır. Bu nedenlerle kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım dikkat ve çaba gerektiren önemli bir konudur (26).

Öz bakım; fiziksel, zihinsel ve emosyonel sağlığı yükseltmek, hastalıkları önlemek için bakım aktivitelerine direkt katılma, bireysel olarak performans gösterebilme, stabilitenin sürdürülmesi ve durumunda değişiklik fark edebilme olarak tanımlanır. Kalp yetersizliğini en iyi şekilde yönetebilmenin birinci yolu öz bakıma dayanmaktadır. Öz bakım kalp yetersizliği tedavisinde önemli bir komponenttir. Kötü yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatışlarla ilgili ve erken ölümlerle sonuçlanan kalp yetersizliğinde, yeterli öz bakımını sağlayan bireyler daha iyi yaşam koşullarına sahiptir, daha az hastanede yatışlar olur ve sağ kalım oranları daha yüksektir (2).

Kalp yetersizliğinde öz bakım, bireyin önerilen davranışları gösterebilmesi için bir başka kişinin yetenek ve motivasyonuna ihtiyaç duyar. Öz bakım çoğunlukla aile desteği ile oluşur fakat kalp yetersizliği öz bakımında ailenin desteği çok az bilinmektedir (2).

## 1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemektir.

### 1.3. HİPOTEZLER

**H<sub>0</sub>:** Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım gücü düzeyleri ile bakım verenlerinin bakım veren yükü arasında anlamlı fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım gücü düzeyleri yüksek olanların bakım verenlerinin bakım veren yükü yüksektir.

**H<sub>2</sub>:** Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım gücü düzeyleri yüksek olanların bakım verenlerinin bakım veren yükü düşüktür.

**H<sub>3</sub>:** Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım gücü düzeyleri düşük olanların bakım verenlerinin bakım veren yükü düşüktür.

**H<sub>4</sub>:** Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım gücü düzeyleri düşük olanların bakım verenlerinin bakım veren yükü yüksektir.

### 1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp yetersizliği insidansı ve prevalansı gittikçe artan önemli sağlık problemlerinden biridir. Yalnızca hastalık boyutu ile ilgili değil, aynı zamanda hastaneye sık yatışlar ve bozulmuş yaşam kalitesi ile dikkat çeken bir hastalıktır. Diğer kronik hastalıklara oranla hastaneye yatışların sık olmasından kaynaklı hastaların öz bakımlarını ne derece yerine getirebildikleri son derece önemlidir. Ayrıca bakım verenlerin de yaşam kalitesini fazla oranda etkilemesinden dolayı bu hastalıkta bakım verici yükü çok önemlidir. Bu amaçla çalışmamızın, kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini ne oranda yerine getirebildikleri ve bakım vericilerin yükü üzerinde ne derece etkili olduğu konusunda ve gelecekte bu alanda yapılacak çalışmalar yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

### 1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın tez merkezli oluşu ve süre kısıtlılığı bulunması araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği klinik semptomlarıyla hastaneye yatışların yüksek oranda olduğu, yaşam kalitesini düşüren, birçok kalp hastalıklarının ortak ve son aşaması olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda birçok kalp yetersizliği tanımı göze çarpmaktadır. Bu tanımlar özellikle hemodinamik, oksijen tüketimi veya egzersiz kapasitesi gibi birden çok özelliği de vurgulayabilmektedir. Hastada genellikle hem kalp yetersizliği belirtileri hem de sıvı tutulmasına işaret eden fiziksel bulgular olması gerektiği de ifade edilmektedir (36).

Dünya Sağlık Örgütü kalp yetersizliğini; nefes darlığı ve yorgunluğun önem arz ettiği kalp hastalığı şeklinde tanım yapmaktadır. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin Kalp Yetersizliği Kılavuzu'na göre; kalp yetersizliğine özgü semptom ve bulguların varlığı ve dinlenme sırasında kalpte yapısal ya da işlevsel bir anormalliğe işaret eden objektif bir kanıtın olması tanı için yeterlidir.

Kalp yetersizliği, dünya çapında gelişmiş ülkelerde sık görülen, hastaneye tekrar yatışların sık olduğu bir sendrom olmakla birlikte yaşam kalitesini kötüleştirmekte ve erke ölümlerle sonuçlanmaktadır (2).

Özellikle batı ülkelerinde kalp yetersizliği şikayetiyle hastanelere interne edilen hasta sayısı son 20 yılda %155, 4 kat artışı ile dikkat çekmiştir (49, 54). Yüksek sağlık harcamaları ile hastaneye yatışların başlıca nedenlerinden olduğu ifade edilmektedir (1). Sağlık sistemine doğrudan maliyeti yıllık 21.4 milyar dolar, dolaylı maliyeti ise 1.8 milyar dolar olan bu hastaların tedavi ve bakım harcamalarının toplam maliyet 23.2 milyardır. Bu da toplam sağlık maliyetinin %5.4'ünü oluşturmaktadır (54). Elde edilen sayısal verilerden de anlaşıldığı gibi kalp yetersizliği toplumsal bir sağlık sorunudur ve toplum sağlığında kalp yetersizliğinin önemi büyüktür (49).

Kalp yetersizliği, kalp hastalıklarının en son tanısı değildir. Kalp yetersizliği bir sendromlar bütünüdür olarak tanımlanmaktadır. Kalp yetersizliğinin ana nedeninin ne



olduğunun araştırılması bu açıdan önemlidir. Geçmiş yıllarda kalp yetersizliğinin en sık karşılaşılan sebebi sistemik arteriyal kan basıncı yüksekliği olarak belirtilirdi. Kan basıncı yüksekliğinin tanı ve tedavisinde yıllar içerisinde sağlanan başarılı iyileştirmeler, koroner arter hastalığı insidansının zamanla artması, günümüzde kalp yetersizliği etiolojisinde koroner arter hastalığının birinci sıraya getirmiştir (15, 29). Bu sonuçlarla birlikte kalp yetersizliğinin etiolojisinin ülkeden ülkeye değişebildiği de göze çarpmıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerde koroner arter hastalığı ve hipertansiyon görülür iken, az gelişmiş ülkelerde; romatizmal kalp hastalığı, infeksiyonlar ve beslenme bozuklukları görülmektedir (45, 47). Kalp yetersizliğinde bulguların ortaya çıkmasına neden olan, kalbin yükünü artması veya vücudun dengesini bozan hızlandırıcı faktörlerin görülmesi kalp yetersizliğinin dekompanse hale getirmektedir (35).

Başlıca hızlandırıcı faktörler aşağıda belirtilmiştir:

- Vücudun metabolik gereksinimini arttıran faktörler: Ateş, enfeksiyon, anemi, taşikardi, gebelik, hipertroidi, stres
- Dolasım hacmini arttıran durumlar: Diyet ile çok aşırı miktarda tuz ve sıvı alımı, böbrek yetersizliği
- Ard yükü arttıran durumlar: Tedavi edilmemiş hipertansiyon, pulmoner emboli
- Kasılabilirliği azaltan durumlar: Negatif inotropikler, miyokard iskemisi veya infarktüsü, aşırı alkol kullanımı, hipotroidi, kalp yetersizliği için verilen ilaçları düzenli almamadır (14, 35, 39).

## 2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliği prevelansı dünyada gittikçe artan sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kardiyovasküler hastalıkların çoğalması, uzayan yaşa süresi kalp yetersizliğinin pandemik olarak ortaya çıkmasına neden olmuştur. Amerika Birleşik Devletlerin ve Avrupa ülkelerinde hemen hemen bir yılda bir milyon insan primer olarak kalp yetersizliği tanısı almaları ile dikkatleri çekmiştir (36).

Amerikan Kalp Cemiyeti'nin 2015 verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 5.8 milyon kalp yetersizliği hastası mevcuttur. Bu sayının tüm dünya göz önüne alındığında 23 milyon olduğu tahminler arasında sunulmaktadır (2).

Türkiye'de kalp yetersizliğinin görülme sıklığı ile ilgili yapılmış Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey çalışmasına göre ülkemizde kalp yetersizliği sorunu olan ve kalp yetersizliği gelişimi için risk faktörleri bulunan yaklaşık 4 milyon bireyin olduğu

söylenmiştir. Bunlarında da yaklaşık 1,5 milyonunun daha çok diastolik olmak üzere semptomatik kalp yetersizliği hastası olduğu düşünülmektedir (1).

Yaşlı popülasyonun artması kronik hastalıkların daha yaygın görülmesine neden olur. Kalp yetersizliği insidansı ve prevalansı artarken, aynı zamanda mortalitesi de artmaktadır. Artan hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus gibi hastalıkların olması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin uzaması da kalp yetersizliği insidansını artırdığı belirtilmektedir (11).

Prognozu kötü olan bir hastalık olmasına rağmen bazı hastaların uzun yıllar yaşayabildikleri görülmektedir (17, 20, 51). Çoğunlukla hastaların %50'si 4 yıl içinde yaşamını yitirmekle birlikte hastaneye yatan hastaların da %40'ı 1 yıl içinde yaşamını yitirmekte veya yeniden hastaneye yatışları yapılmaktadır (20, 58).

Kalp yetersizliğinden 10 yılda %40 oranında ölüm, 15 yılda %56 olarak tespit edilmiştir. Ciddi kalp yetersizliği olan kişilerde ölüm oranının ise 1 yılda %40-70 gibi yüksek bir oranda olduğu dikkat çekmektedir (11).

### **2.3. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi**

Endüstrileşmiş ülkelerde özellikle son 20 yılda kalp yetersizliğinin ana sebepleri hipertansiyondan miyokard infarktüsüne doğru eğim göstermiştir. Miyokardit, çeşitli kardiyomyopatiler, kapaklara bağlı ve doğumsal patolojiler kalp yetersizliğinin sebepleri arasında sayılabilir (2).

Başlıca kalp yetersizliği nedenleri;

- 1) Kardiyak yük değişikliği yaparak kalp yetersizliğine yol açan yapısal kalp hastalıkları
  - a) Ard yük artışına bağlı (aort stenozu)
  - b) Ön yük artışına bağlı (aort, mitral, triküspit yetmezlikleri, Atrial Septal Defekt, Ventriküler Septal Defekt)
- 2) Miyokard hastalığına bağlı kalp yetersizliği
  - a) Koroner kalp hastalığı
  - b) Hipertansiyon
  - c) Kardiyomyopatiler
  - d) İlaçlar
  - e) Toksinler
  - f) Endokrin hastalıkları

- g) Beslenme bozuklukları
- h) İnfiltratif hastalıklar
- i) Enfektif hastalıklar

## **2.4. Kalp Yetersizliğinin Patofizyolojisi**

Kalp yetersizliğindeki fizyopatolojik bozukluklar karmaşıktır ancak önemli ortak özellik kalbin pompa görevinin bozulmasıdır. Miyokard kasılabilirliğindeki azalma, ventrikül gevşemesinde ve boşalmasındaki bozukluklar, kalbin çeşitli bölümlerinin uyum içinde çalışmaması vb. nedenler kalp yetersizliğine sebep olabilir. Bu durumu takip eden, biyokimyasal, elektrofizyolojik ve kontraktıl fonksiyon değişiklikleri miyokardiyal fonksiyonlarda mekanik değişimlere yol açar, kontraksiyon hızı yavaşlar, pik gerilimi oluşturmak için geçen zaman artar ve miyokardiyal gevşeme yavaşlar (2).

Hangi etiyolojik sebep olursa olsun, miyokarda pompa yetersizliği meydana geldiğinde, kalp debisini gereksinmelere cevap verebilecek durumda tutabilmek için bazı kompanzasyon mekanizmaları desteğe başlar. Ancak bu kompanzasyon mekanizmaları bir süre sonra aşırıya kaçmaya başlar ve bu kalp yetersizliği semptomlarını meydana çıkmasına neden olurlar; eğer önlem alınmazsa hastanın yaşamını yitirmesi ile sonuçlanabilir. Kalbin verimini normal tutmaya çalışan major kompanzasyon mekanizmalara bakarsak (5):

1. Frank-Starling mekanizması
2. Nörohormonal aktivasyon
3. Miyokardiyal yeniden yapılanma (remodelling)

### **1.Frank-Starling mekanizması:**

Frank-Starling mekanizması kalp dokusu akut olarak hasar gördüğünde atım hacmini korumaya çalışan intrinsik bir mekanizmadır. Çok kesin olmamakla birlikte kronik kalp yetersizliğinde kompanseuar rol oynar (21, 41,46).

### **2.Nörohormonal aktivasyon:**

Kalpte sempatik aktivite aort ve karotid arterlere yerleşen baroreseptörlerin yardımı ile olur. Baroreseptörler stroke volüm azlığından kaynaklanan basınç azalması ile stimüle olmaktadır. Sempatik aktiviteyi arttırarak ve akabinde kalp hızı ve kontraktilesini arttırmış olur (21, 41, 46).

### **3.Miyokardiyal remodelling:**

Kalp, artmış ön yük ve ard yükü kompanse etmek için bir çok yol dener. Remodeling sonucu miyokard kütlelerinde ve hacminde bir artış, ventrikül şeklinde bir değişiklik ve interstisyel dokuda büyüme olur. Ancak bu uyum mekanizmaları, pompa fonksiyonunu kısıtlı

bir süre koruyabilir. Uzun süreler aşırı yüke maruz kalan ventrikülün kaçınılmaz bir tükenmeye doğru ilerler (21, 41, 46).

## **2.5. Kalp Yetersizliğinin Tipleri**

### **2.5.1. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği**

Sağ kalp yetersizliğinin en yaygın sebebi; koroner arter hastalığına bağlı gelişir. Sol kalp yetersizliği sonucunda sağ kalp yetersizliği oluşur. Ayrıca pulmoner hipertansiyon devamlılığında, sağ ventrikül infarktüsünde, konjenital kalp hastalıklarında ve kapak hastalıklarında gelişebilmektedir. En sık karşılaşılan semptomlar venöz dolgunluk, ödem ve kilo almadır (36).

Sol kalp yetersizliği ise; geriye doğru yetersizlik ve akciğer stazına bağlı olarak ve ileri doğru yetersizliğe bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Efor dispnesi, ortopne, öksürük, cheyne-stokes solunum, akut akciğer ödemi, el ve ayaklarda üşüme, periferik siyanoz gibi bulgular görülmektedir (36).

### **2.5.2. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği**

Akut kalp yetersizliği ayırıcı tanısı pulmoner konjesyondur. Fakat bazı hastalarda kalp debisinde azalma ve dokularda hipoperfüzyonda etki edebilir. Akut kalp yetersizliğinde birincil amaç hastane dışı ölüm oranları ile hastaneye tekrar yatış oranlarının düşmesidir (36).

Kronik kalp yetersizliği, pulmoner ödemin de içinde bulunduğu pulmoner konjesyon bulgularıyla dikkat çeker. Çoğunlukla akut alevlenmelerle seyir gösteren kronik kalp yetersizliği en sık karşılaşılanıdır. Kronik kalp yetersizliğinin morbiditesi hem hastaların yaşam kalitesini azaltıp, hastaneye başvuru sıklığını artırarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bu durum hasta ve toplum için büyük bir yük ve sıkıntı meydana getirmektedir (36).

### **2.5.3. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği**

Sistolik fonksiyon bozukluğunda miyokardın kontraksiyon gücü azalır. Sol ventrikül atım hacmi düşer, sistol sonu volüm artar. Bu volüm artışı, atrium oradan da pulmoner venlere, pulmoner venüllere ve pulmoner kapiller sisteme yansır (36).

Diyastolik fonksiyon bozukluğu ile seyreden yetersizliklerde ventrikülün dolması normalden yüksek bir basınç ile oluşur. Bu yüksek basınç nedeniyle hastalarda pulmoner konjesyon belirtileri meydana gelir (36).

## 2.6. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları

Kalp yetersizliğinde belirtiler nonspesifiktir. Belirtilerinde, sağ ve sol kalp boşluklarının basınç artışı ve kardiyak debinin azalması dikkat çekmektedir (11).

Kalp yetersizliğinin başlıca belirti ve bulguları şunlardır:

### 1) Dispne

Dispne yetersizliğin ana belirtisidir. Giderek artan şiddette

(1) **Efor Dispnesi**, kalp yetersizliğinin en erken belirtisidir. Başlangıçta şiddetli eforla başlayıp daha sonra günlük eforda da kendini gösterir. Hasta önceki yıllarda yapabildiği aktiviteleri nefes darlığı olmadan yapamaz haline gelir. Dispnedan, efor esnasında interstisyel akciğer dokusunda sıvı artışının sorumlu olduğu ifade edilmektedir (13, 26, 35).

(2) **Ortopne**, sırtüstü düz olarak yatağa yattıktan bir müddet sonra ortaya çıkar. Hastanın oturması ile hafifleyen nefes darlığıdır. Fiziopatolojik nedeni, hastanın sırt üstü yatması halinde alt ekstremitelerden ve splanknik damar yatağında kalbe dönen kan miktarının, dolayısıyla pulmoner venöz ve kapiller basınçların artmasıdır. İnterstisyel pulmoner ödem oluşur, pulmoner kompliansın azalır, hava yolu direncinin artar ve solunum yükünün artar. İleri kalp yetersizliğinde hasta geceyi oturarak geçirir (13, 26).

(3) **Paroksizmal Gece Dispnesi**, ana nedeni ortopnede olduğu gibi gece yatar pozisyondayken kalbe dönen kan miktarındaki artma ile birlikte, pulmoner venöz ve kapiller basınçların artması, interstisyel pulmoner ödemin oluşmasıdır. Uyuyan hastada ani olarak boğulma hissi, anksiyete, nefes darlığı ve çarpıntı ile birlikte, taşikardik olduğu görülür ve derinin siyanotik soğuk ve terli olduğu tespit edilir (13, 26). Ortopneden farklı olarak, yattıktan 2-3 saat sonra başlar. Doğrulamak veya kalkıp dolaşmakla yaklaşık 30 dakikada düzelir. Cheyne-Stokes solunumu eşlik eder (35).

(4) **Akut Pulmoner Ödemi**, pulmoner venöz ve kapiller basınçlar ani olarak plazma onkotik basınç seviyesini aşar. İnterstisyel boşluklar ile birlikte alveoller içinde süratli bir sıvı transsüasyonu oluşur. Başlangıçta yalnız inatçı bir öksürük ve progressif dispnedir. Daha sonra pembe, köpüklü sıvı şeklinde bir balgam ile birlikte öksürük, ileri derecede nefes darlığı, hava açlığı, anksiyete ve ölüm korkusu oluşur (13, 26).

(5) **İstirahatte Dispne**,

### 2) Egzersiz intoleransı

Kalp yetersizliğinin en önemli belirtisi dispne ile birlikte egzersiz intoleransıdır. Egzersiz intoleransının nedenleri;

- Bedensel faaliyetler sırasında pulmoner venöz basıncın artması ve oluşan pulmoner konjesyon nedeniyle dispne gelişmesi,

- Düşük kalp debisi ve periferik vasküler direncinin artması sonucu solunum kasları ile birlikte iskelet kaslarında da kanlanmanın azalması ve periferik oksijenasyonun bozulmasıdır.

Ayrıca, kalp yetersizliğinde iskelet kaslarındaki biyokimyasal ve metabolik değişiklikler de hastaların efor kapasitelerini kısıtlamaktadır (13, 26, 39).

### 3) Abdominal Bulgular

Nonspesifik bulgular olup kan akımının azalması sonucu meydana gelir. Karın ağrısı, iştahta azalma ve kusma, dispeptik şikayetler sık görülür (18).

### 4) Serebral Bulgular

Ciddi kalp yetersizliği durumunda (özellikle serebral arteriosklerozlu vakalarda) perfüzyon azalır. Arteryel hipoksemiye konsantrasyon bozuklukları, konfüzyon, baş ağrısı, anksiyete ve uykusuzluk eşlik eder (18, 53).

### 5) Cheyne-Stokes Solunumu

### 6) Ödem ve Sıvı Retansiyonu

### 7) Halsizlik

## 2.7. Kalp Yetersizliğinin Klinik Sınıflaması

Kalp Yetersizliği hastalarını sınıflandırmak birkaç klinik sınıflama vardır. En çok tercih edileni ise New York Heart Association sınıflamasıdır. New York Kalp Birliğinin fonksiyonel sınıflaması ilk olarak 1928 yılında tanımlanmıştır. 1994 yılında son revizyonu yapılmıştır. I'den IV'e kadar hastalar fiziksel aktivitelerine göre sınıflandırılır (2).

**Tablo 1: New York Heart Association Sınıflaması**

| NYHA             | ÖZELLİK  |
|------------------|--|
| <b>SINIF I</b>   | Kalp hastalığı olmasına rağmen fiziksel hareket kısıtlaması yoktur. Olağan fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açmaz.               |
| <b>SINIF II</b>  | Hafif hareket kısıtlaması vardır. Dinlenme halinde rahat ancak olağan fiziksel etkinlik, çarpıntı veya dispneye yol açar.                                |
| <b>SINIF III</b> | Belirgin hareket kısıtlaması vardır. Dinlenme halinde rahat ancak olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik, halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar. |
| <b>SINIF IV</b>  | Dinlenme halinde semptomlar vardır. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artar.  |

## 2.8. Tanı

Kalp yetersizliğinin tanısı için iyi bir anamnez alınmalı ve iyi bir fizik muayene yapılmalıdır. Aşağıda istenilen tetkikler de tanı koymada yardımcı olacaktır (36):

- **Laboratuvar testleri:** Tam kan sayımı, kan üre nitrojeni ve kreatinin düzeyleri, karaciğer fonksiyonlarını gösteren Aspartat Aminotransferaz, Alanin Aminotransferaz, Laktat Dehidrojenaz, albumin, globulin, Protrombin Zamanı, International Normalized Ratio düzeyleri ve özellikle atriyal fibrilasyonu olan ya da 65 yaşın üstündeki hastalarda Tiroid Stimulan Hormon, Tiroksin, arter kan gazları ve tam idrar analizi yakından izlenen laboratuvar testleridir.
- **Elektrokardiyografi:** Kalp yetersizliğinden kuşulanılan bütün hastalarda elektrokardiyografi yapılmalıdır. Elektrokardiyografi'nin bütünüyle normal olması durumunda kalp yetmezliği, özellikle de sistolik işlev bozukluğu olasılığı çok düşüktür.
- **Ekokardiyografi:** Noninvaziv olarak sol ve sağ ventrikul sistolik işlev, diyastolik işlev, kapak yapıları ve işlevleriyle birlikte perikardiyal patolojiler, mekanik miyokard infarktüsü komplikasyonları, pulmoner arter basıncı değerlendirilebilir.
- **Toraks grafisi:** Kalp yetersizliğinde toraks grafisi tanısız incelemelerin temel bileşenlerindedir. Pulmoner konjesyonun değerlendirilmesine olanak verir. Dispneye yol açan önemli bazı pulmoner ya da torasik nedenleri ortaya çıkarabilir. Dispneye katkı yapan enfeksiyonları da gösterebilir.
- **Radyonüklid çalışmalar:** Talyum sintigrafisi, tek foton yayan bilgisayarlı tomografi hem ejeksiyon fraksiyonunu belirlemede hem de altta yatan kalp hastalığını saptayan değerli, güvenilir bir metottur.

Akciğer hastalıkları tanıda çok iyi ayırt edilmelidir. Solunum fonksiyon testleri bu açıdan önem arz eder. Kalp yetersizliği tanısı için Framingham kriterleri kullanılabilir. 2 major ya da 1 major + 2 minör kriterle tanı konulabilir (11).

**Tablo 2: Framingham Kalp Yetersizliği Kriterleri**

| <b>Majör Kriterler</b>                | <b>Minör Kriterler</b>  |
|---------------------------------------|---|
| Paroksizmal noktürnal dispne          | Ayak bileği ödemi   |
| Boyun venlerinde dolgunluk            | Gece öksürüğü   |
| Kardiyomegeali                        | Güç sarfedince oluşan dispne  |
| Akut pulmoner ödem                    | Plevral efüzyon   |
| S3 gallop ritmi                       | Hepatomegali  |
| Sirkülasyon zamanı $\geq 25$ saniye   | Vital kapasite azalması (maksimumdan $\frac{1}{4}$ oranında azalmıştır) |
| Venöz basıncın artması ( $>16$ cm su) | Taşikardi ( $\geq 120$ /dak)  |
| Raller                                |   |
| Hepatojuguler reflü                   |   |

## 2.9. Komplikasyonları

- **Akut pulmoner ödem:** Özellikle akut akciğer ödemi sol kalp yetersizliğinin ilerlemesiyle gelişir ve acil müdahale gerekir. Solunum sıkıntısı hastada ileri derecededir. Tipik belirtiler arasında hırıltılı solunum, öksürük ve pembe köpüklü balgam, siyanoz ve boğulma hissi vardır (11).
- **Kardiyojenik çok:** Kalp ve çevresinden kaynaklanan birçok sebeple kalp pompa görevini yerine getiremez ve kardiyojenik çok tablosu oluşur. şokun sebepleri arasında genel olarak sol ventrikul disfonksiyonu varlığında ventrikuler veya supraventrikuler aritmiye eşlik eden refrakter taşiaritmi veya bradiaritmiiler sayılabilir. Kardiyojenik şokun en sık görülen nedeni miyokard infarktüsüdür.
- Kardiyojenik şokun başlıca bulguları; ciddi hipotansiyon, nabız basıncının azalması, taşikardi, düşük kalp debisi, serebral hipoperfuzyona bağlı laterji ve konfüzyon, artmış kan laktat düzeyine bağlı metabolik asidozdur (11).

## 2.10. Kalp Yetersizliğinde Tedavi ve Bakım

Tedavideki temel amaç; yaşam kalitesinin ve süresinin artmasıdır. Kalp yetersizliğindeki temel tedavi prensibi ise; düzeltilebilir kalp yetersizliği nedenlerinin tedavisi ve kalp yetersizliğinin seyrini ağırlaştıran etkenlerin elimine edilmesidir (11).

### **Kalp yetersizliğinde genel tedavi ilkeleri (36);**

- Tuz kısıtlanmalı ve hiponatremi varlığında sıvı kısıtlanması yapılmalı,
- Obez hastalar mutlaka kilo vermeli,
- Hipertansiyon agresif olarak tedavi edilmeli,



- Sigara bırakılmalı,
- Hiperlipidemi gibi diğer risk faktörleri tedavi edilmeli,
- Aşırı aktivitelerden kaçınılmalı ve akut dönem dışında yatak istirahati önerilmemeli,
- Aritmi tedavisi yapılmalı,

Kalp yetersizliğinin tedavisinin amacı, hastanın şikayetlerini gidermek, yaşam kalitesini düzeltmek ve ömrünü uzatmaktır. Semptomları kontrol altına alıp, hayat kalitesini yükseltmek kalp yetersizliği tedavisinin kısa dönemdeki amaçları arasındadır. Uzun dönemde ise progresif sol ventrikül disfonksiyonunu yavaşlatarak, durdurarak veya geriye döndürerek yaşam süresini uzatmak amaçlanmaktadır (37, 38). Hastaya yaklaşımı kolaylaştırmak için kalp yetersizliği tedavisi farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi olmak üzere iki alt başlıkta incelenir (13).

### **2.10.1. Farmakolojik Tedavi**

Kalp yetersizliği tedavisinde kullanılan ilaç grupları şunlardır (31):

- Diüretikler
- Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
- Anjiotensin reseptör blokerleri
- Aldosteron blokerleri
- Digoksin
- Beta-blokerler
- Kalsiyum kanal blokerleri
- Antiaritmik ilaçlar
- Antikoagülanlar

### **2.10.2. Non-farmakolojik Tedavi**

Nonfarmakolojik tedavinin amacı;

- Öz bakım yönetimi ile fiziksel stabiliteyi sürdürmek,
- Hastalık sürecinde erken semptomları ayırt edebilmektir.

Kalp yetersizliğinin belirti ve bulguları, farmakolojik tedavi, risk faktörlerinin belirlenmesi, diyet ve egzersiz önerileri, seksüel aktivite, immünizasyon, tedaviye uyum, psikosozyal belirtiler ve hastalığın prognozu konularında hastalar bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Bu sayede hastalar tedaviye uyum sağlayabilmekte ve mortalite ve morbidite oranları da azalma göstermektedir. Yapılan araştırmalarda hastaların %20-60'nın tedaviye uyumlu olduğu gözlenmiştir. Tedaviye uyumu sağlamak için aile bireyleri ile birlikte, tedavi dozları ve yan etkilerine yönelik hastalar eğitime tabi tutulmalıdır. Tedavide beklenen faydanın gecikebileceği söylenmeli ve gelişebilecek semptomlar konusunda bilgilendirilmelidirler (8, 29, 41).

**Tuz Alımının Kısıtlanması:** Kalp yetersizliği hastalarında nörohümorale mekanizmaların aşırı aktivasyonu ile vücutta aşırı su ve tuz tutulumu gözlenmektedir. Diyetteki tuz miktarının azaltılarak hastaların diüretik tedavisi takviye edilmekte ve verilen diüretik dozunun azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Günlük normal beslenmede alınan besinlerdeki toplam tuz miktarı yaklaşık 5–6 gram iken çok ağır, sınıf IV ve diüretiklerde tedaviye iyi cevap alınmayan hastalarda yemeklerin tamamen tuzsuz hazırlanması, tuz içeriği bilinen besinlerden tamamen sakınılması ve sofrada hiçbir şekilde tuz kullanılmaması şartıyla günlük alınan sodyum miktarı 1.2–1.8 grama, hatta bunun da altına düşürülmektedir (10, 13, 15, 39, 47).

**Sıvı Alımının Kısıtlanması:** Hastalarda genellikle sıvı alımı serbest bırakılır. Ancak, diüretiklere iyi cevap vermeyen, ağır dilüsyon hiponatremisi ( $\text{Na}^+ < 130 \text{ mEq/L}$ ) ile birlikte olan hastalarda serbest su klirensi bozulduğu için, serum  $\text{Na}^+$  konsantrasyonunu 130 mEq/L'nin üzerine çıkarabilmek amacıyla sıvı kısıtlanması yapılmalıdır. Bu kısıtlanma, genellikle günde 1.5-2 L sıvı alınması şeklinde olmaktadır (10, 13, 15, 39, 47).

**Beslenme ve Vücut Ağırlığı:** İştahsızlığa bağlı olarak az besin alımı, sık olarak malabsorpsiyonun görülmesi ve günlük besin ihtiyacının artması nedenleriyle kalp yetersizliği hastalığı malnütrisyon riskinin arttığı bir rahatsızlıktır. Kalp yetersizliği olan hastalarda kardiyak kaşeksi, mortalite için bağımsız bir risk faktörü olarak ifade edilir. Hastaların kardiyak kaşeksi oluşmasını önlemek için, az ve sık yemek yemesi ve yüksek enerjili diyet alması konusunda tavsiyelerde bulunulur. Ayrıca, diyete vitaminler ve antioksidanlar da eklenebilir. Kalp yetersizliği hastaları haftada en az iki defa tartılması konusunda da bilgilendirilmelidir. 3 günde 1,5 kg olan kilo artışını veya ayak bileği ödemleri ve karın şişliği gibi sıvı yüklenmesi işaretlerini bildirmelerinin önemi anlatılır (10, 13, 15, 39, 47).

**Sigara:** Sigara, kalp atım sayısını, sistematik kan basıncını, pulmoner arter basıncını, total sistemik ve pulmoner vasküler direnci, ventriküler doluş basıncını, karboksihemoglobin düzeyini arttıran bir uyarandır. Kalp atım hacmi ve kalp debisi azalır. Bundan dolayı hastalar sigara içmemeleri konusunda ciddi şekilde uyarılmalıdır (10, 13, 47).

**Alkol:** Alkol bir miyokard depresandır. Aşırı alkol tüketen hastalarda aritmiler, özellikle atrial fibrillasyona zemin hazırlar, kan basıncını yükseltir, sıvı dengesini bozar. Özellikle alkolik kardiomyopali hastalara alkol yasağı getirilmelidir (10, 13, 47).

**İstirahat:** Stabil kalp yetersizliği hastalarında istirahat önerilmez. Hastalar, rutin işlerine devam etmeleri tavsiye edilmeli, fiziksel aktivite miktarı da hastalığın şiddetine göre düzenlenmelidir. Uzun süren yatak istirahati dönemlerinin, alt ekstremitelerde kaslarında atrofiye, egzersiz toleransında azalmaya, tromboembolik olaylara, dekübitus ülserlerine, sol ventrikül

fonksiyonunda ve fonksiyonel kapasitede kötüleşmeye neden olur. Fakat akut kalp yetersizliği hastalarının dekompanse olması durumunda yatak istirahati önerile bilinir (10, 13, 47).

**Egzersiz:** Stabil seyirden sınıf II ve sınıf III kalp yetersizliği hastalarında, semptom oluşumuna sebep olmayan seviyede fiziksel aktivite ve hafif sporlar (yürüme, bisiklete binme, golf ve yüzme) önerile bilinir. Egzersizler mutlaka düzenli olarak bir program dahilinde yapılmalıdır. Başlangıçta, günlük egzersizler kısa süreli birkaç seans şeklinde yapılırken egzersiz seanslarının süresi ve sıklığı, hastanın semptomları ve klinik durumuna göre düzenlenmelidir (10, 13, 37, 47)

### **2.11. Öz Bakım ve Öz Bakım Gücü**

Öz bakım; fiziksel, zihinsel ve emosyonel sağlığı yükseltmek, hastalıkları önlemek için bakım aktivitelerine direkt katılma, bireysel olarak performans gösterebilme, stabilitenin sürdürülmesi ve durumunda değişiklik fark edebilme olarak tanımlanır (2).

Dorethe E. Orem öz bakım modelini hemşireliğin yapılanması amacıyla geliştirilmiş, ilk kez 1956 yılında bahsetmiştir. Orem'e göre hemşirelik; insan sağlığının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesi (kişisel bakımını üstlenebilmesi) için duyduğu ihtiyaçların karşılanması konularına değinir. (3). Norris ise öz bakımı; birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştiren, sorumluluk alan ve girişimciliğe izin veren bir süreçtir şeklinde ifade eder. Norris ve Orem'in öz bakım ifadeleri benzerdir (3).

Kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla bireyin daimî bakım gereksinimlerini karşılaması amacındaki insani güç veya yeteneğe sahip bireylerin öz bakım gücü yeterlidir. Kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmekte ve başkalarına bağımlı olmamaktadır. Öz bakım eksikliği ise bireyler ilgili etkinliklerde üzerine düşenleri yerine getirmedikleri zaman ortaya çıkmakta, bireyler arzulanan öz bakım davranışı geliştirememekte ve kendi sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersiz olmaktadır (26).

### **2.12. Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım**

Kalp yetersizliğinde öz bakım daha çok sağlık bakımı, kararlar ve davranışların sonuçlandığı hastalık yönetim süreci, stabilitenin sürdürülmesi, hastanın durumunda değişiklik fark edebilmesi şeklinde ifade edilir (2).

Avrupa Kardiyoloji Derneği kılavuzunda belirtildiği üzere; kalp yetersizliğinde öz bakım, başarılı tedavinin önemli bir parçasıdır. Özellikle semptomlar, işlevsel kapasite, genel sağlık

durumu, morbidite ve prognoz üzerinde anlamlı ve olumlu etkileri bulunmaktadır. Yaşam boyu tedavi alan kalp yetersizliği hastalarında kompleks tedavi rejimlerini yönetebilme, düşük sodyum içerikli diyeti uygulayabilme, düzenli olarak sıvı retansiyonu, nefes darlığı ve yorgunluk gibi erken semptomları izleyebilme ve gerekli girişimleri uygulayabilme gibi öz bakım aktivitelerine uyma hastalar açısından büyük önem taşımaktadır. Fakat hastalar özellikle semptomları tanımada zorluk çekmektedirler. Hastaların semptomları tanımalarındaki zorluklar belirsiz olmakla birlikte, yaşa bağlı değişiklikler, komorbidite ve durumsal faktörler bu süreçte etkili olabilmektedir (26).

Öz bakım eğitimi sadece bilgi verme temelli olmamalı bu süreçte hastalara kazandırılması gereken beceriler ve uygun öz bakım davranışları şöyle sıralanmalıdır (26);

- Hastalığın nedenini ve semptomların neden ortaya çıktığını anlamak,
- Bulgu ve semptomları izleyerek tanımak,
- Her gün tartılmak ve hızlı kilo artışını fark etmek,
- Hekimin ne zaman ve nasıl haberdar edileceğini bilmek,
- İlaçların endikasyon, doz uygulaması ve etkilerini anlamak,
- Reçetelenen her bir ilacın yaygın yan etkilerini bilmek,
- Sigarayı bırakmanın önemini bilmek,
- Hipertansiyon varsa kan basıncını izlemek,
- Diyabet varsa iyi bir kan şekeri kontrolü sağlamak,
- Obeziteden kaçınmak,
- Hekim tarafından önerildiyse sodyum kısıtlaması uygulamak,
- Aşırı sıvı alımından kaçınmak,
- Ölçülü alkol tüketimi yapmak,
- Düzenli egzersiz yapmak,
- Cinsel etkinlik konusundaki endişelerden kurtulmak, cinsel sorunları ve çeşitli baş etme stratejilerini anlamak ve sorunları sağlık uzmanlarıyla tartışmak,
- Grip ve pnömokok hastalığı gibi enfeksiyonlara karşı bağışıklanmak,
- Obezlerde kilo verme, sigarayı bırakma ve alkolü bırakma konularının önemini anlamak,
- Tedavi önerilerini izlemenin önemini anlamak ve tedavi planını uygulama konusundaki kararlılığı sürdürmek,
- Depresif semptomlarda, bilişsel bozukluklarda sosyal desteğin önemli olduğunu anlamak, uygunsuz psikososyal destek almak,
- Prognoz faktörlerinin önemini anlamak,

### 2.13. Bakım Verme ve Bakım Veren Yükü

Bakım veren ihtiyacı bütün dünyada toplumların yaşlanmaları ile birlikte artmaktadır. Bakım verenin rolü, aile üyeleri ailenin hasta üyesine bakım verme konusunda önemli rol almıştır. Ancak kültürel ve ekonomik şartların değişmesi ile zorlu bir sürece geçiş yapmıştır. Bakım veren pozisyonunda olmak seçilemez bir süreç olduğu bu rolün seyri bakım gerektiren hastalığın seyri ile belirlenmektedir (8).

“Bakım yükü” kavramı ilk kez 1963 Grand ve Saisbury tarafından açıklanmıştır. Bakım veren, üstlendiği bakımdan ötürü psikolojik sıkıntı, sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler gibi olumsuz sonuçlar yaşamaktadır (7).

Bakımın oluşturduğu yük ve bu yükün olumsuz etkilerinden dolayı hastalara bakım veren aile üyeleri, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklardır. Bakım yükünü etkileyen faktörler (7):

- Hasta bireyin ve bakım verenin kişisel özellikleri,
- Hasta bireyin ek hastalığı olması,
- Hasta bireyin hafıza ve mobilite sorunu olması,
- Hasta ile bakım vermeye başlamadan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta birey ile aynı evi paylaşma,
- Bakım verme süresi,
- Bakımla ilgili bilgi alma,
- Birden fazla kişiye bakım verme,
- Hastanın bakımına karar verilirken bakım verenin fikirlerinin alınmaması,
- Bakım veren kişinin sağlık sorunu olması,
- Bakımda yardımcı kişilerin olması,
- Bakım verenin ekonomik durumu şeklinde sıralanabilmektedir.

Bakım vermenin olumsuz sonuçlanmasıyla ilgili risk faktörlerini Hartford Enstitüsü şu şekilde tanımlamıştır (7);

- Bakım veren kişiler arasında kadınların daha fazla sorumluluk aldıkları, buna bağlı olarak depresyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.
- Eğitim düzeyi düşük ise bakım veren kişilerde depresyon görülme oranı yüksek olur.
- Bakım veren birey eğer eş ise bakım veren diğer kişilere oranla depresyon daha sık görülür.

- Bakım alan kişi ile bakım veren kişinin iletişimi kötü ise bakım veren kişi daha fazla sıkıntı yaşar.

#### **2.14. Kalp Yetersizliğinde Bakım Veren Yükü**

Kalp yetersizliği hastaları genellikle aile üyelerinin desteklerine ihtiyaç duymakla birlikte, ailelere getirdikleri yük kadar, topluma ve sağlık sistemi üzerine de büyük bir yük oluşturmaktadırlar. Hastalık özellikle ilerleyen yaşlarda ortaya çıkmış ise, hastanın hem hastalığına hem de tedavisine uyumu zor olmaktadır. Dolayısıyla, kalp yetersizliği hastalarının bakımında sosyal desteğin büyük önemi bulunmaktadır (36).

Kalp yetersizliği hastalarının öz bakımına bakım veren katkısı, hasta bireye zaman, güç sağlama ve öz bakımını gerçekleştirebilmesinde başka biri tarafından destek sağlama şeklinde ifade edilir (2).

Kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenler genellikle;

- Kendi yaşam kalitesinden ödün vermekte,
- Hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme,
- Baş ağrısı, kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, kas ağrısı,
- Huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon,
- Alkol ve ilaç kullanımında artışla kendini gösteren emosyonel belirtiler yaşamaktadırlar (36).

Kalp yetersizliği hastalarının hastaneye yatış oranları yüksektir. Buna bağlı olarak, hemşirelerin, bakım veren bireylerin yüklerini belirlemeli, bu yükün nedenlerini azaltıcı bir bakım planı geliştirmeleri önem teşkil etmektedir. Bakım verenlerin bakım yüklerinin azalması ile; bakım verenler ile hastalar arasındaki ilişkinin kalitesini artmakta hem bakım verenin hem hastanın yaşam kalitesi olumlu yönde artış göstermektedir (36).

## BÖLÜM III

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve ilişkisel tipte bir çalışmadır.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Klinik ve Polikliniğinde 23 Mayıs-30 Eylül 2016 tarihleri arasında yürütüldü.

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde ve polikliniğinde belirtilen tarihler arasında klinikte yatışı yapılan veya polikliniğe kontrol amaçlı başvuran tüm kalp yetersizliği hastaları ve onların birincil düzeyde bakım verenleri oluşturdu.

Araştırma evreni içinden, belirtilen tarihlerde kendilerine ulaşılabilen ve aşağıdaki dâhil edilme kriterlerine uygun olan tüm hastalar araştırma örneklemini oluşturdu.

#### 3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA/DAHİL OLMAMA KRİTERLERİ

##### **Araştırmaya dahil olma kriterleri (hastalar için):**

1. Bilinci açık, koopere,
2. Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,
3. Tanılanmış psikiyatrik bir sorunu olmayan,
4. Tanı süresi 6 aydan fazla olan,
5. New York Heart Association (NYHA) kalp yetersizliği sınıflamasında 2, 3 veya 4. evrede olan,
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalar

### **Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri (hastalar için):**

1. Herhangi bir iletişim sorunu olan,
2. Tanı süresi 6 aydan az olan,
3. New York Heart Association (NYHA) kalp yetersizliği sınıflamasında 1. evrede olan,
4. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri (bakım verenler için):**

1. Kalp yetersizliği hastalarının bakımından birincil derecede sorumlu olan,
2. Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,
3. Çalışmaya katılma onayı veren

### **Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri (bakım verenler için):**

1. Herhangi bir iletişim sorunu olan,
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bakım verici durumdaki hasta yakınları

## **3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER**

Araştırma verilerinin toplanmasında hasta tanılama formu, bakım veren tanılama formu, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz- Bakım Davranışı Ölçeği formu, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği formu kullanıldı.

### **3.5.1. HASTA TANILAMA FORMU (EK-I)**

Hastaların tanımlayıcı özellikleri ve hastalığı ile ilgili bilgilerine ulaşmak amacı ile araştırmacılar tarafından ilgili literatür rehberliğinde geliştirilen anket formu kullanıldı. Form; hastanın demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili değişkenlerini içermektedir. Hasta Bilgi Formu toplamda 25 sorudan oluşmaktadır.

Tanılama Formunun hastalıkla ilgili özellikler bölümünde, kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı, ailede kalp hastalığı olup olmadığı, hastalığın teşhis edilme zamanı, hastaneye yatma durumu ve sayısı, kalp yetersizliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı ve bu hastalıkların ne olduğu, kullanmakta olduğu ilaçlar, ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmadığı, düzenli



egzersiz yapıp yapmadığı, ne kadar sıklıkla kilo takibi yaptığı, uykusunun düzenli olup olmadığı, günlük ortalama uyku süresi, sigara kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa miktarı, alkol kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa miktarı, diyet, hastalığın yaşamı etkileme durumuna ilişkin sorular içermektedir.

### **3.5.2. BAKIM VEREN TANILAMA FORMU (EK-II)**

Bakım veren hasta yakınları için oluşturulan veri toplama formu literatür desteğinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir ve bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık sorunları, yaşadıkları zorluklar, aldığı destekler, hastalık ve sürece ilişkin bilgilere yönelik toplamda 27 soru içermektedir.

### **3.5.3. AVRUPA KALP YETERSİZLİĞİ ÖZ BAKIM DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ (EK-III)**

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeği 12 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Ölçek ilk olarak Jaarsma ve ark. tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Çalışmaya İsveç'in iki şehrinden, Hollanda'nın üç şehrinden, İtalya'nın da bir şehrinden olmak üzere toplamda 442 hasta dahil edilmiştir. Ölçek birçok farklı dile çevrilmiştir (32).

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeğini Türkiye'de, Baydemir ve ark. 2013 yılında 494 Türk kalp yetersizliği hastasında uygulayarak geçerlik ve güvenilirliğini yapmıştır (11). Ölçeğin, kalp yetersizliği hastalarında öz bakım davranışlarını ölçmek için uygulanan, sonucuna kısa sürede ulaşılan, uygulayan araştırmacılar için ayrı bir eğitim gerektirmeyen ve hastaların kendilerinin de uygulayabilecekleri bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçek, hastaların diyetlerine olan uyumunu, semptom farkındalığını, ilaçları düzenli kullanıp kullanmadığını ve egzersiz yapma düzenlerini içeren 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte katılımcıdan “tamamen katılıyorum”, “katılıyorum”, “ne katılıyorum, ne katılmıyorum”, “katılmıyorum” ve “tamamen katılmıyorum” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Seçeneklere sırasıyla 1,2,3,4 ve 5 puan verilmektedir. Ölçekten en az 12 ve en fazla 48 puan alınabilir. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeğinden alınan yüksek puan olumsuz düşük puan olumlu durumu ifade etmektedir.

Çalışmamızda bulunan verilerin Kolmogorov-Smirnov Z test değerleri p anlamlık değerleri 0,05'ten küçük ( $p < 0,05$ ) olduğu için verilerin analizinde parametrik olmayan test yöntemleri kullanılmıştır. Dolayısıyla parametrik olmayan iki grup değişkenlerin aralarındaki ilişkiyi incelemek için veriler Kruskal Wallis H testi ile birden fazla grup değişkenlerinde Mann-Whitney U ile analiz edilmiştir.

### **3.5.4. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ (EK-IV)**

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek; asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (Zarit 1990). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit 1990). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır (31).

Çalışmamızda verilerin Kolmogorov-Smirnov Z test değerleri p anlamlık değerleri 0,05'ten küçük ( $p < 0,05$ ) olduğu için verilerin analizinde parametrik olmayan test yöntemleri kullanılmıştır. Dolayısıyla parametrik olmayan iki grup değişkenlerin aralarındaki ilişkiyi incelemek için veriler Kruskal Wallis H testi ile birden fazla grup değişkenlerinde Mann-Whitney U ile analiz edildi.

### **3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ**

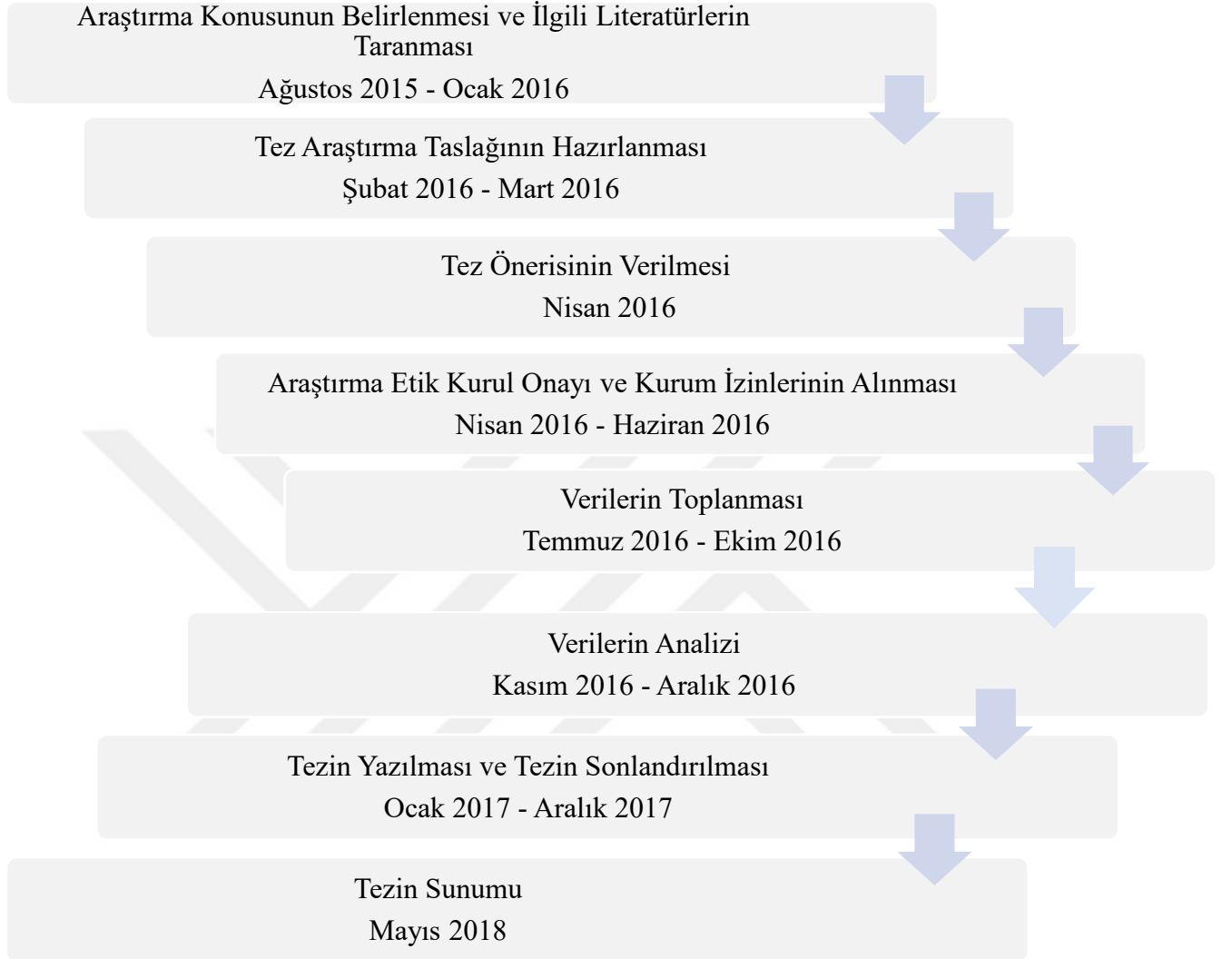
Araştırma verilerinin toplanması hasta ve bakım verenlerle yüz yüze görüşme yöntemi ile yapıldı. Anket formlarının doldurulması ve veri toplama süreci Temmuz-Ekim 2016 tarihleri arasında 4 aylık bir süre içerisinde gerçekleştirildi.

### **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ**

Verilerin analizi bilgisayar ortamında istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Ölçek puanlarının hesaplanmasında aritmetik ortalama ve standart sapma, ölçek puanlarının karşılaştırılmasında korelasyon analizi, verilerin parametrik veya parametrik olmadığını belirlemek için de Kolmogorov Smirnov Testi uygulandı.

### 3.8. SÜRE VE OLANAKLAR

#### ARAŞTIRMA PLANI



### 3.9. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yürütülmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Karar No:98 olan kurum izni 21.04.2016 tarihinde alındı (**EK VII**). Yine aynı şekilde İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden 23592379/772.02 No'lu araştırma izni alındı (**EK X**).

Araştırma kapsamına alınan hastalara ve bakım verenlerine çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için sözlü ve yazılı onam alındı.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen veriler analiz edilerek hastalar ve bakım verenleri olarak iki bölümde sunulmuştur.

#### 4.1. Çalışma Kapsamındaki Hastalara İlişkin Bulgular

*Tablo 3. Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular*

| DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER | n                                | %    |
|-----------------------|----------------------------------|------|
| <b>Cinsiyet</b>       |                                  |      |
| Erkek                 | 79                               | 52.7 |
| Kadın                 | 71                               | 47.3 |
| <b>Yaş</b>            | <b>64.25±8.27(min:49 max:81)</b> |      |
| <b>Eğitim durumu</b>  |                                  |      |
| Okur Yazar değil      | 25                               | 16.7 |
| Okuryazar             | 33                               | 22.0 |
| İlkokul               | 65                               | 43.3 |
| Ortaokul              | 12                               | 8.0  |
| Lise                  | 10                               | 6.7  |
| Üniversite            | 5                                | 3.3  |
| <b>Meslek</b>         |                                  |      |
| Ev hanımı             | 59                               | 39.3 |
| Memur                 | 9                                | 6.0  |
| İşçi                  | 12                               | 8.0  |
| Serbest Meslek        | 10                               | 6.7  |
| Emekli                | 60                               | 40.0 |
| <b>Medeni Durum</b>   |                                  |      |
| Evli                  | 87                               | 58.0 |
| Dul                   | 63                               | 42.0 |
| <b>Sosyal güvence</b> |                                  |      |
| Yeşil kart            | 25                               | 16.7 |
| SGK                   | 125                              | 83.3 |

Hastalara ilişkin demografik ve tanıtıcı özellikler Tablo 3’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %52.7’si erkek, %47.3’ü kadındır. Hastaların yaş ortalaması 64.25±8.27’dir.

Hastaların eğitim durumuna bakıldığında %16.7'si okur-yazar değil, %22'si okur-yazar, %43.3'ü ilkokul mezunu, %8'i ortaokul mezunu, %6.7'si lise mezunu, %3.3'ü üniversite mezunudur.

Hastaların meslek dağılımlarına bakıldığında %39.3'ü ev hanımı, %6'sı memur, %8'i işçi, %6.7'si serbest meslek mensubu, %40'ı ise emeklidir.

Hastaların medeni durumları %58'i evli %42'si dul olarak dağılım göstermektedir.

Hastaların sosyal güvence durumları % 16.7'si yeşil kartlı, % 83.3'ü SGK'lı olmak üzere dağılım göstermektedir.



**Tablo 3. Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular (tablo 3 devamı)**

| <b>TANITICI ÖZELLİKLER</b>   |     |      |
|--|-----|------|
| <b>Kalp yetersizliği sınıfı (NYHA)</b>                             |     |      |
| NYHA2  | 38  | 25.3 |
| NYHA3  | 78  | 52.0 |
| NYHA4  | 34  | 22.7 |
| <b>Ailede kalp hastası olma durumu</b>                             |     |      |
| Var  | 91  | 60.7 |
| Yok  | 59  | 39.3 |
| <b>Hastalık süresi</b>   |     |      |
| 4 yıl ve altı  | 59  | 39.3 |
| 5- 10 yıl arası  | 49  | 32.7 |
| 10 yıl ve üstü   | 42  | 28.0 |
| <b>Hastaneye yatma durumu</b>                                      |     |      |
| Evet   | 120 | 80.0 |
| Hayır  | 30  | 20.0 |
| <b>Hastaneye yatma sayısı</b>                                      |     |      |
| Hastaneye yatmadım   | 30  | 20.0 |
| 1 kere   | 10  | 6.7  |
| 2 kere   | 17  | 11.3 |
| 3 kere   | 10  | 6.7  |
| 4 kere   | 12  | 8.0  |
| 5 kere ve üzeri  | 71  | 47.3 |
| <b>Kalp yetersizliği dışında başka bir hastalık bulunma durumu</b> |     |      |
| Var  | 111 | 74.0 |
| Yok  | 39  | 26.0 |
| <b>Hipertansiyon</b>   | 90  | 60.0 |
| <b>Solunum sistemi hastalıkları</b>                                | 62  | 41.3 |
| <b>Diabetes mellitus</b>   | 56  | 37.3 |
| <b>Romatizmal Hastalıklar</b>                                      | 38  | 25.3 |
| <b>Konjenital Hastalıklar</b>                                      | 14  | 9.3  |
| <b>Başka bir hastalığı olma durumu</b>                             |     |      |
| Hastalığı yok  | 129 | 86.0 |
| Hastalığı var*   | 21  | 14.0 |
| <b>Şu anda kullanılan ilaçlar</b>                                  |     |      |
| Anjiyotensin reseptör blokerleri                                   | 30  | 20.0 |
| ACE inhibitörü   | 91  | 60.7 |
| Beta blokerler   | 85  | 56.7 |
| Furosemide   | 86  | 57.3 |
| Digoxin  | 30  | 20.0 |
| Diğer ilaçlar**  | 29  | 19.3 |
| <b>İlaçlarını düzenli kullanma durumu</b>                          |     |      |
| Evet   | 78  | 52.0 |
| Hayır  | 72  | 48.0 |

\*BY, DVT, epilepsi, FMF, guatr, katarakt, KCS, meme CA, Parkinson

\*\*Antikoagülan, antiepileptikler, lev tiroksin sodyum, insülin, izosorbit mononitrat, dopaminerjikler, sodyum hidrojen karbonat, diosmin

NYHA kalp yetmezliği sınıflandırmasına göre, hastaların %25.3'ünü II. Evre kalp yetmezliği hastası, %52'sini III. Evre kalp yetmezliği hastası, %22.7'sini IV. Evre kalp yetmezliği hastası oluşturmaktadır. Hastaların %60.7'sinin ailesinde kalp hastalığı var iken, %39.3'ünün ailesinde kalp hastalığı bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan hastalardan hastalıklarının teşhis süresini 4 yıl ve altı olarak bildiren %39.3 kişi, 5 ila 10 yıl arasında bildiren %32.7 kişi, 10 yıl ve üstü olarak bildiren %28 kişi bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası (%80'i) hastaneye yatmış, %20'si hastaneye yatmamıştır. Hastaların %6.7'si hastaneye 1 defa, %11.3'ü hastaneye 2 defa, %6.7'si hastaneye 3 defa, %8'i hastaneye 4 defa, %47.3'ü ise hastaneye 5 defa ve üzeri yatmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %74'ünde kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığı bulunurken, %26'sında yalnızca kalp yetersizliği bulunmaktadır. Hastaların %60'ında hipertansiyon, %41.3'ünde solunum sistemi hastalıkları, %37.3'ünde diabetes mellitus, %25.3'ünde romatizmal hastalıklar ve %9.3'ünde konjenital hastalıklar bulunmaktadır. Ayrıca hastaların %14'ünde böbrek yetmezliği, derin ven trombozu, epilepsi, FMF, guatr, katarakt, karaciğer sirozu, meme kanseri, parkinson gibi başka hastalıkları bulunurken, %86'sında başka bir hastalık bulunmamaktadır.

Hastaların %20'si anjiyotensin reseptör blokleri, %60.7'si ACE inhibitörü, %56.7'si beta bloker, %57.3'ü furosemide, %20'si digoxin kullanırken %19.3'ü antikoagölan, antiepileptikler, lev tiroksin sodyum, insülin, izosorbit mononitrat, dopaminerjikler, sodyum hidrojen karbonat, diosmin gibi ilaçlar kullanmaktadırlar. Hastaların %52'si ilaçlarını düzenli kullanırken %48'i ilaçlarını düzenli kullanmamaktadırlar.

**Tablo 3. Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular (tablo 3 devamı)**

| <b>Düzenli egzersiz yapma durumu</b>                                   |     |       |
|--|-----|-------|
| Hayır  | 150 | 100.0 |
| <b>Kilo takibi sıklığı</b>   |     |       |
| Aklıma geldikçe  | 12  | 8.0   |
| Ayda1  | 20  | 13.3  |
| Hiç  | 118 | 78.7  |
| <b>Düzenli uyku durumu</b>   |     |       |
| Evet   | 63  | 42.0  |
| Hayır  | 87  | 58.0  |
| <b>Günlük uyku süresi</b>  |     |       |
| 4 saat   | 20  | 13.3  |
| 5 saat   | 45  | 30.0  |
| 6 saat   | 52  | 34.7  |
| 7 saat   | 33  | 22.0  |
| <b>Sigara kullanma durumu</b>  |     |       |
| Evet   | 31  | 20.7  |
| Hayır  | 119 | 79.3  |
| <b>Sigara kullanma süresi (gün)</b>                                    |     |       |
| Kullanmıyor  | 119 | 79.3  |
| 10 adet ve altı  | 17  | 11.3  |
| 10 ve 20 adet arası  | 8   | 5.3   |
| 20 adet ve üstü  | 6   | 4.0   |
| <b>Alkol kullanma durumu</b>   |     |       |
| Evet   | 9   | 6.0   |
| Hayır  | 141 | 94.0  |
| <b>Alkol kullanma süresi</b>   |     |       |
| Kullanmıyor  | 141 | 94.0  |
| Ayda bir kadeh   | 9   | 6.0   |
| <b>Diyetinize (az tuzlu) uyum sağlama durumu</b>                       |     |       |
| Evet   | 116 | 77.3  |
| Hayır  | 34  | 22.7  |
| <b>Hastalığınız yaşamınızı (aile/iş) olumsuz yönde etkileme durumu</b> |     |       |
| Evet   | 150 | 100.0 |

Araştırmaya katılan hastaların %100'ü düzenli egzersiz yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %8'i aklıma geldikçe kilo takibi yaparken, %13.3'ü ayda 1 defa kilo takibi yaptıklarını ifade edip, %78.7'si hiç kilo takibi yapmadıklarını dile getirmişlerdir.

Hastaların %42'si düzenli uyku uyduklarını, %58'i ise düzenli uyku uyuyamadıklarını ifade etmişlerdir. Uyku düzeninin ardından günlük uyku saati süresine %13.3 hasta günlük saat,



%30 hasta günlük 5 saat, %34.7 hasta günlük 6 saat, %22 hasta ise günlük 7 saat yanıtını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların %20.7'si sigara kullanırken, %79.3'ü sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan hastaların %11.3'ü günlük 10 adet ve altı sigara kullanırken, %5.3'ü günlük 10 ila 20 adet arası sigara kullanırken, %4'ü da günlük 20 adet ve üstü sigara kullanmaktadırlar.

Araştırmaya katılan hastaların %6'sı alkol kullanırken, %94'ü alkol kullanmamaktadırlar. Alkol kullanan hastaların tamamı (%6'sı) ayda bir kadeh alkol kullanmaktadırlar.

Diyete uyum (az tuzlu yeme durumu) sorgulandığında ise hastaların %77.3'ü diyetine uyum sağladığını, %22.7'si ise diyetine uyum sağlamadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların %100'ü hastalığın yaşamlarını (aile/iş) olumsuz yönde etkilediklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4. Hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeğine Yönelik Tanımlayıcı Bulguları**

|    |   | Tamamen katılıyorum | katılıyorum | Ne katılıyorum ne katılmıyorum | katılmıyorum | Hicbir Sekilde katılmıyorum |
|----|---|---------------------|-------------|--------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 1  | Her gün tartılırım  | n 0<br>% 0          | 0<br>0      | 0<br>0                         | 0<br>0       | 150<br>100                  |
| 2  | Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatmak, dinlenmek) | n 63<br>% 42        | 70<br>46.7  | 17<br>11.3                     | 0<br>0       | 0<br>0                      |
| 3  | Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım  | n 0<br>% 0          | 0<br>0      | 0<br>0                         | 0<br>0       | 150<br>100                  |
| 4  | Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım                                      | n 0<br>% 0          | 0<br>0      | 0<br>0                         | 0<br>0       | 150<br>100                  |
| 5  | Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım                | n 0<br>% 0          | 0<br>0      | 0<br>0                         | 0<br>0       | 150<br>100                  |
| 6  | İçtiğim sıvı miktarını kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere)                                      | n 13<br>% 8.7       | 39<br>26    | 35<br>23.3                     | 58<br>39     | 5<br>3.3                    |
| 7  | Gün içinde dinlenirim   | n 47<br>% 31.3      | 79<br>52.7  | 24<br>16                       | 0<br>0       | 0<br>0                      |
| 8  | Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım   | n 0<br>% 0          | 0<br>0      | 0<br>0                         | 0<br>0       | 150<br>100                  |
| 9  | Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim  | n 59<br>% 39.3      | 45<br>30    | 12<br>8                        | 15<br>10     | 19<br>12.7                  |
| 10 | İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım  | n 23<br>% 15.3      | 46<br>30.7  | 9<br>6                         | 23<br>15     | 49<br>32.7                  |
| 11 | Her yıl grip aşısı olurum   | n 0<br>% 0          | 0<br>0      | 0<br>0                         | 0<br>0       | 150<br>100                  |
| 12 | Düzenli egzersiz yaparım  | n 0<br>% 0          | 0<br>0      | 0<br>0                         | 0<br>0       | 150<br>100                  |

Hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeği anket formu cevaplarına yönelik tanımlayıcı bulguları tablo 4’de verilmiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeği puan ortalaması **47.02±2.66** ‘dır.

Araştırmaya katılan hastaların %100'ü her gün tartılmadıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar, solunum sıkıntısı olduğunda kendisini rahatlatmak için davranışlarda bulduklarına yönelik soruda %42'si tamamen katılıyorum, %46.7'si katılıyorum, %11.3'ü ne katılıyorum ne katılmıyorum şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır. Hastaların %100'ü solunum sıkıntıları arttığında, ayakları/bacakları normalden fazla şiştiğinde, bir hafta içinde iki kilo aldıklarında doktorunu veya hemşiresini aramamaktadırlar. Hastalar içtikleri sıvı miktarları günde 1,5-2 litreyi geçmeyecek şekilde dikkat etmeleri gerektiği konusunda %8.7'si tamamen katılıyorum, %26.0'ı katılıyorum, %23.3'ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %39'u katılmıyorum, %3.3'ü hiçbir şekilde katılmıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Hastalar gün içinde dinlendiklerine dair %39.3 tamamen katılıyorum, %30 katılıyorum, %16 ne katılıyorum ne katılmıyorum ifadelerde bulunmuşlardır. Hastaların %100'ü yorgunluğunun arttığını hissettiğinde doktorunu veya hemşiresini aramamaktadırlar. Az tuzlu yiyeceklerle beslenme şekillerine %39.3'ü tamamen katılıyorum, %30'u katılıyorum, %8'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %10.0'ı katılmıyorum, %12.7'si hiçbir şekilde katılmıyorum yanıtlarını vermişlerdir. İlaçlarını önerildiği şekilde almalarını %15.3 tamamen katılıyorum, %30.7 katılıyorum, %6 ne katılıyorum ne katılmıyorum, %15 katılmıyorum, %32.7 hiçbir şekilde katılmıyorum ifadelerinde bulunmuşlardır. Araştırmaya katılan hastaların %100'ü her yıl grip aşısı olmamakta ve düzenli egzersiz yapmamaktadırlar.

## 4.2. Çalışma Kapsamındaki Bakım Verenlere İlişkin Bulgular

**Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular**

| DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER | n                             | %     |
|-----------------------|-------------------------------|-------|
| <b>Cinsiyet</b>       |                               |       |
| Erkek                 | 23                            | 15.3  |
| Kadın                 | 127                           | 84.7  |
| Yaş                   | <b>42±9.65(min:26 max:63)</b> |       |
| <b>Eğitim durumu</b>  |                               |       |
| Okuryazar             | 31                            | 20.7  |
| İlkokul               | 92                            | 61.3  |
| Ortaokul              | 12                            | 8.0   |
| Lise                  | 11                            | 7.3   |
| Üniversite            | 4                             | 2.7   |
| <b>Meslek</b>         |                               |       |
| Ev hanımı             | 124                           | 82.7  |
| Memur                 | 4                             | 2.7   |
| İşçi                  | 6                             | 4.0   |
| Serbest meslek        | 9                             | 6.0   |
| Emekli                | 7                             | 4.7   |
| <b>Medeni durum</b>   |                               |       |
| Evli                  | 150                           | 100.0 |
| <b>Sosyal güvence</b> |                               |       |
| Yeşil kart            | 25                            | 16.7  |
| SGK                   | 125                           | 83.3  |

Kalp yetersizliği hastalarının bakım verenlerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin %15.3’ü erkek, %84.7’si kadın olup bakım verenlerin genel yaş ortalaması 42±9.65’dir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin eğitim durumuna bakıldığında %20.7’sinin okuryazar olduğu, %61.3’ünün ilkokul mezunu olduğu, %8’inin ortaokul mezunu olduğu, %7.3’ünün lise mezunu olduğu ve %2.7’sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin %82.7’si ev hanımı, %2.7’si memur, %4’ü işçi, %6’sı serbest meslek sahibi ve %4.7’si emeklidir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %100’ü evlidir. Sosyal güvencelerine baktığımızda ise %16.7’si yeşil kartlı, %83.3’ü SGK’lıdır.

**Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular (tablo 5 devamı)**

| <b>TANITICI ÖZELLİKLER</b>   |     |       |
|--|-----|-------|
| <b>Ekonomik durum</b>  |     |       |
| Gelir gideri karşılıyor  | 125 | 83.3  |
| Gelir gideri karşılamıyor  | 25  | 16.7  |
| <b>Ekonomik durumun hastalıktan etkilenme durumu</b>               |     |       |
| Evet   | 25  | 16.7  |
| Hayır  | 125 | 83.3  |
| <b>Hastalıktan dolayı işi bırakmak zorunda kalma durumu</b>        |     |       |
| Hayır  | 150 | 100.0 |
| <b>Sigara kullanma durumu</b>                                      |     |       |
| Evet   | 40  | 26.7  |
| Hayır  | 110 | 73.3  |
| <b>Alkol kullanma durumu</b>                                       |     |       |
| Evet   | 24  | 16.0  |
| Hayır  | 126 | 84.0  |
| <b>Sağlık sorunu</b>   |     |       |
| Var  | 45  | 30.0  |
| Yok  | 105 | 70.0  |
| <b>Hastalığınızın ortaya çıkması bakım vermeyi etkileme durumu</b> |     |       |
| Evet   | 45  | 30.0  |
| Hayır  | 105 | 70.0  |
| <b>Etkileme durumu</b>   |     |       |
| Gücüm azaldı   | 45  | 30.0  |
| Etkilenmedim   | 105 | 70.0  |
| <b>Hasta ile olan yakınlık derecesi</b>                            |     |       |
| Eşyım  | 46  | 30.7  |
| Kızıyım/Oğluyum  | 82  | 54.7  |
| Gelinliyim/Damadıyım   | 22  | 14.7  |
| <b>Bakım vermeye başlama tarihi</b>                                |     |       |
| 1 yıl ve altı  | 56  | 37.3  |
| 2 yıl  | 38  | 25.3  |
| 3 yıl  | 23  | 15.3  |
| 4 yıl ve üstü  | 33  | 22.0  |

Araştırmaya katılan bakım verenlerin ekonomik durumuna baktığımızda %83.3'ünün gelirleri giderlerini karşılıyor iken, %16.7'sinin gelirleri giderlerini karşılamamaktadır. Bakım verenlerin %16.7'sinin ekonomik durumu hastalıktan etkilenirken, %83.3'ünün ekonomik durumu hastalıktan etkilenmemiştir. Ayrıca bakım verenlerin hiçbiri (%100'ü) hastalıktan ötürü işini bırakmak zorunda kalmamıştır.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin sigara ve alkol kullanma oranlarına bakıldığında, %26.7'si sigara kullanırken, %73.3'ü sigara kullanmamaktadır, %16'sı alkol kullanırken, %84'ü alkol kullanmamaktadır.

Sağlık sorunlarına baktığımızda ise araştırmaya katılan bakım verenlerin %30'unun sağlık sorunu bulunurken, %70'inde herhangi bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Bakım verenlerin %30'unda sağlık sorunlarının ortaya çıkması bakım vermesini etkilerken, %70'inde sağlık sorunu bulunmamasından ötürü böyle bir durum ifade edilmemiştir. Bakım verenlerin %30'u sağlık sorunundan ötürü bakım vermesinin etkilenmesini gücünün azalmasına bağlı olarak ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %30.7'si hastanın eşi, %54.7'si hastanın kızı/oğlu, %14.7'si ise gelini/damadıdır. Hastalara bakım vermeye başlama tarihlerine baktığımızda 1 yıl ve altı bakım veren %37.3 kişi, 2 yıldır bakım veren %25.3 kişi, 3 yıldır bakım veren %15.3 kişi, 4 yıldır ve üstü bakım veren %22 kişi bulunmaktadır.



**Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular (tablo 5 devamı)**

| <b>Bakmakla yükümlü olduğunuz/bakımında size bağımlı olan başka birey olma durumu</b> |     |      |
|---|-----|------|
| Evet  | 24  | 16.0 |
| Hayır   | 126 | 84.0 |
| <b>Hastanın günlük işlerini yapmak için günlük harcanan saat</b>                      |     |      |
| 2 saat ve altı  | 112 | 74.7 |
| 4 saat ve üstü  | 38  | 25.3 |
| <b>Bakım vermede zorlanma durumu</b>  |     |      |
| Evet  | 70  | 46.7 |
| Hayır   | 80  | 53.3 |
| <b>Bakım vermede zorlanma durumu sebebi</b>   |     |      |
| Hayır   | 80  | 53.3 |
| Yoruluyorum   | 70  | 46.7 |
| <b>Hasta bakımında yapılan işler</b>  |     |      |
| Temizlik  | 106 | 70.7 |
| Beslenme  | 107 | 71.3 |
| Hareket   | 86  | 57.3 |
| Boşaltım  | 24  | 16.0 |
| Tedavi  | 128 | 85.3 |
| Ekonomik işler  | 90  | 60.0 |
| <b>Hastanın bakımında yardımcı olan kişi durumu</b>                                   |     |      |
| Evet  | 45  | 30.0 |
| Hayır   | 105 | 70.0 |
| <b>Kaç kişi</b>   |     |      |
| Yok   | 105 | 70.0 |
| Eş  | 2   | 1.3  |
| Kardeş  | 37  | 24.7 |
| Çocuk   | 6   | 4.0  |

Araştırmadaki bakım verenlerin %16'nın bakmakla yükümlü olduğu başka bireyler varken, %84'ünün bakmakla yükümlü olduğu başka bireyler yoktur.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %74.7'si hastanın günlük işlerini yapmak için harcadığı saati 2 saat ve altı olarak ifade ederken, %25.3'ü 4saat ve üstü olarak ifade etmişlerdir. Bakım vermede zorlandığını ifade eden %46.7 bakım verici bulunurken, %53.3'ü bakım vermede zorlanmadığını ifade etmişlerdir. Bakım vermede zorlandığını ifade eden %46.7 bakım verici bu durumun sebebi olarak 'yoruluyorum' açıklamasını yapmışlardır.

Tabloda bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguların içinde yer alan hasta bakımında yapılan işlere yönelik sayı ve yüzde dağılımları da verilmiş olup birden fazla seçenek

tercih etme imkânı verilmiştir. Tabloya baktığımızda araştırmaya katılan bakım verenlerin %70.7'si hastanın temizlik işleri ile, %71.3'ü hastanın beslenme işleri ile, %57.3'ü hastanın hareketi ile, %16'sı hastanın boşaltımı ile, %85,3'ü hastanın tedavisi ile, %60'ı da hastanın ekonomik işleri ile ilgilendiklerini ifade etmişlerdir.

Bakım verenlerin %30'u hastanın bakımında kendisine yardımcı başka kişilerin de olduğunu dile getirirken, %70'i bakımda kendisine yardımcı başka kişilerin bulunmadığını ifade etmişlerdir. Bakımda kendisine yardımcı olan başka kişilerin de olduğunu ifade eden %1.3 bakım verici bu kişinin eşi olduğunu, %24.7 bakım verici bu kişinin kardeşi olduğunu, %4'ü da bu kişinin çocuğu olduğunu dile getirmişlerdir.





**Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular (tablo 5 devamı)**

| <b>Hasta bakımı ile ilgili ailede güçlükler yaşanma durumu</b> |     |       |
|--|-----|-------|
| Evet   | 41  | 27.3  |
| Hayır  | 109 | 72.7  |
| <b>Bakım vermenin günlük yaşantıyı etkileme durumu</b>         |     |       |
| Evet (Yoruluyorum)   | 70  | 46.7  |
| Hayır  | 80  | 53.3  |
| <b>Hastanın doktora götürülme sıklığı</b>                      |     |       |
| Kontrol tarihlerinde   | 114 | 76.0  |
| Kötüleştikçe   | 36  | 24.0  |
| <b>Hastaya bakım vermede bilgi eksikliği yaşanma durumu</b>    |     |       |
| Evet   | 150 | 100.0 |
| <b>Bilgiye ulaşma kaynağı</b>                                  |     |       |
| Doktor   | 150 | 100.0 |
| Hemşire  | 70  | 46.7  |
| İnternet/kitap   | 33  | 22.0  |
| Başka hastalardan  | 30  | 20.0  |
| <b>Bilgi alınan konu</b>                                       |     |       |
| Hastalıkla ilgili  | 150 | 100.0 |
| Hastalığın seyri ile ilgili                                    | 111 | 74.0  |
| Tedavi ile ilgili  | 150 | 100.0 |
| Tedavinin yan etkileri ile ilgili                              | 37  | 24.7  |
| Yapılacak tetkikler ve kontroller ile ilgili                   | 73  | 48.7  |
| Hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakım ile ilgili      | 25  | 16.7  |
| Toplam   | 150 | 100.0 |

Araştırmaya katılan %27.3 bakım veren hasta bakımında ailede güçlükler yaşadığını ifade ederken, %72.7'si ailede güçlükler yaşanmadığını ifade etmişlerdir. Bir yandan da bakım verenlerin %46.7'si bakım vermenin günlük yaşantılarını etkilediğini bu etkilenme durumlarını da 'yoruluyorum' şeklinde ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %53.3'ünün günlük yaşantılarının bakım vermeden ötürü etkilenmediklerini ifade etmişlerdir.

Bakım verenlerin %76'sı hastasını kontrol tarihlerinde doktora götürürken, %24'ü hastasını kötüleştikçe doktora götürmektedirler.

Bakım verenlerin %100'ü hastaya bakım vermede bilgi eksikliği yaşamaktadırlar. Birden fazla seçeneğin tercih edilebileceği bilgiye ulaşma kaynağı kısmında, bakım verenlerin %100'ü bilgiye doktordan, %46.7'si hemşireden, %22'si internet/kitaptan, %20'si ise başka hastadan ulaşmaktadırlar. Bakım verenlerin bilgi alınan konu ile ilgili birden fazla seçeneğin

tercih edilebileceği kısımda %100'ü hastalıkla ilgili, %74'ü hastalığın seyri ile ilgili, %100'ü tedavi ile ilgili, %24.7'si tedavinin yan etkileri ile ilgili, %48.7'si yapılacak tetkik ve kontrollerle ilgili, %16.7'si hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakım ile ilgili bilgi almaktadırlar.

**Tablo 6. Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Anket Formu Cevaplarına Yönelik Tanımlayıcı Bulgular**

|    |  | Hiçbir zaman | nadiren | bazen | Oldukça sık | Hemen Her zaman |
|----|--|--------------|---------|-------|-------------|-----------------|
| 1  | Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?                                    | n 26         | 3       | 28    | 58          | 35              |
|    |  | % 17.3       | 2.0     | 18.7  | 38.7        | 23.3            |
| 2  | Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?              | n 26         | 14      | 54    | 47          | 9               |
|    |  | % 17.3       | 9.3     | 36.0  | 31.3        | 6.0             |
| 3  | Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz? | n 26         | 17      | 77    | 30          | 0               |
|    |  | % 17.3       | 11.3    | 51.3  | 20.0        | 0               |
| 4  | Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?  | n 125        | 0       | 25    | 0           | 0               |
|    |  | % 83.3       | 0       | 16.7  | 0           | 0               |
| 5  | Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?   | n 150        | 0       | 0     | 0           | 0               |
|    |  | % 100.0      | 0       | 0     | 0           | 0               |
| 6  | Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? | n 114        | 22      | 14    | 0           | 0               |
|    |  | % 76.0       | 14.7    | 9.3   | 0           | 0               |
| 7  | Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?   | n 0          | 1       | 0     | 83          | 66              |
|    |  | % 0          | .7      | 0     | 55.3        | 44.0            |
| 8  | Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?   | n 0          | 1       | 95    | 30          | 24              |
|    |  | % 0          | .7      | 63.3  | 20.0        | 16.0            |
| 9  | Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?   | n 150        | 0       | 0     | 0           | 0               |
|    |  | % 100.0      | 0       | 0     | 0           | 0               |
| 10 | Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınıza bozduğunu düşünüyor musunuz?  | n 27         | 85      | 12    | 26          | 0               |
|    |  | % 18.0       | 56.7    | 8.0   | 17.3        | 0               |

|    |   |   |       |      |      |      |      |
|----|---|---|-------|------|------|------|------|
| 11 | Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?           | n | 91    | 14   | 25   | 20   | 0    |
|    |   | % | 60.7  | 9.3  | 16.7 | 13.3 | 0    |
| 12 | Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?                                 | n | 123   | 0    | 27   | 0    | 0    |
|    |   | % | 82.0  | 0    | 18.0 | 0    | 0    |
| 13 | Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?    | n | 150   | 0    | 0    | 0    | 0    |
|    |   | % | 100.0 | 0    | 0    | 0    | 0    |
| 14 | Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?              | n | 0     | 33   | 12   | 50   | 55   |
|    |   | % | 0.0   | 22.0 | 8.0  | 33.3 | 36.7 |
| 15 | Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz? | n | 60    | 61   | 27   | 2    | 0    |
|    |   | % | 40.0  | 40.7 | 18.0 | 1.3  | 0    |
| 16 | Yakınına bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?                                  | n | 26    | 85   | 15   | 24   | 0    |
|    |   | % | 17.3  | 56.7 | 10.0 | 16.0 | 0    |
| 17 | Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?               | n | 48    | 74   | 25   | 3    | 0    |
|    |   | % | 32.0  | 49.3 | 16.7 | 2.0  | 0    |
| 18 | Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?                                    | n | 37    | 77   | 19   | 17   | 0    |
|    |   | % | 24.7  | 51.3 | 12.7 | 11.3 | 0    |
| 19 | Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?                          | n | 0     | 3    | 7    | 74   | 66   |
|    |   | % | 0     | 2.0  | 4.7  | 49.3 | 44.0 |
| 20 | Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?                          | n | 0     | 3    | 9    | 77   | 61   |
|    |   | % | 0     | 2.0  | 6.0  | 51.3 | 40.7 |
| 21 | Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?                | n | 0     | 33   | 82   | 33   | 2    |
|    |   | % | 0     | 22.0 | 54.7 | 22.0 | 1.3  |
| 22 | Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?  | n | 0     | 41   | 71   | 29   | 9    |
|    |   | % | 0     | 27.3 | 47.3 | 19.3 | 6.0  |

Bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği anket formu cevaplarına yönelik tanımlayıcı bulgular Tablo 6'da verilmiştir.

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği'ne göre toplam ölçek puanları **33.06±10.34**'dür.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %17.3'ü hastalarının ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istemediklerini düşünürlerken, %2.0'ı nadiren, %18.7'si bazen, %38.7'si oldukça

sık, %23.3'ü hemen her zaman hastalarının ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyorlar. Bakım verenlerin %17.3'ü hastalarına bakım için zaman ayırdıkları gibi kendilerine de yeterince zaman ayırdıklarını düşünürlerken, %9.3'ü nadiren, %36.0'ı bazen %31.3'ü oldukça sık, %6.0'ı hemen her zaman hastalarına harcadıkları zamandan dolayı kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını düşünüyorlar. Bakım verenlerin %17.3'ü hastalarına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarını yerine getirme arasında zorlanmadıklarını ifade ederlerken, %11.3'ü nadiren, %51.3'ü bazen, %20.0'ı oldukça sık olarak zorlandıklarını düşünüyorlar. Bakım verenlerin %83.3'ü yakınlarının davranışları nedeniyle rahatsızlık duymayıp, %16.7'si bazen rahatsızlık duymaktadırlar. Bakım verenlerin %100'ü hastalarının yanında iken kendilerini kızgın hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %76'sı yakınlarının diğer aile üyeleri veya arkadaşları ile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemediklerini düşünürlerken, %14.7'si nadiren, %9.3'ü ise bazen etkilediğini ifade etmişlerdir. Araştırmaya göre bakım verenlerin %0.7'si nadiren, %55.3'ü oldukça sık, %44'ü ise hemen her zaman geleceğin yakınlarına getirebileceklerinden korktuklarını ifade etmişlerdir. Bakım vericiler %0.7 oranında nadiren, %63.3 oranında bazen, %20 oranında oldukça sık ve %16 oranında hemen her zaman yakınlarının kendilerine bağımlı olduğunu düşünmektedirler. Araştırmadaki bakım verenlerin hepsi (%100) yakınlarının yanında iken kendilerini gergin hissetmiyorlar. Bakım verenlerin %18'i yakınları ile ilgilenmenin sağlıklarını bozmadıklarını düşünürlerken, %56.7'si nadiren, %8'i bazen, %17.3'ü oldukça sık olarak sağlıklarının bozulduklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenler %60.7 oranında yakınlarına bakım vermenin özel hayatlarını istedikleri gibi yaşama konusunda olumsuz bir etki oluşturmadığını ifade ederken, %9.3'ü nadiren, %16.7'si bazen, %13.3'ü oldukça sık olarak özel hayatlarını istedikleri gibi yaşayamadıklarını ifade etmişlerdir. Bakım vermeden kaynaklı sosyal yaşamlarının etkilenmesini %82 bakım veren etkilenmedi, %18 bakım veren ise bazen etkilendi şeklinde dile getirmişlerdir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin %100'ü yakınlarının bakımını üstlenmenin, sosyal yaşamlarında rahatça arkadaş edinmelerini hiçbir zaman etkilemediğini düşünmektedirler. Bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu (%22 nadiren, %8 bazen, %33.3 oldukça sık, %36.7 hemen her zaman) yakınlarının kendilerini tek dayanak olarak görüp, onlardan ilgi beklediğini düşünmektedirler. Ayrıca bakım verenlerin %40'ı kendi harcamalarından kalan paranın yakınlarının bakımı için yeterli olduğunu düşünürlerken, %40.7'si nadiren, %18'i bazen, %1.3'ü ise oldukça sık olarak yetersiz olduğunu düşünmektedirler. Bakım verenlerin %17.3'ü yakınlarına bakım vermeyi daha da sürdürebileceklerine inanırken, %56.7'si nadiren, %10'u bazen, %16'sı oldukça sık bakım vermeyi daha fazla sürdüremeyeceklerini hissetmektedirler. Bakım verenlerin %32'si yakınları

hastalandığı zaman yaşamlarının kontrolünü sağlayabiliyorken, %49.3'ü nadiren, %16.7'si bazen, %2'si oldukça sık bu kontrolü sağlayamadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmadaki %24.7 bakım veren katılımcı yakınlarının bakımını bir başkasının üstlenmesini istemez iken, %51.3'ü nadiren, %12.7'si bazen, %11.3'ü oldukça sık bir başka bakım verenin olmasını istemektedirler. Bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu (%2 nadiren, %4.7 bazen, %49.3 oldukça sık, % 4.4 hemen her zaman) yakınları için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşamaktadırlar. Yine büyük bir çoğunluk bakım veren birey (%2 nadiren, %6 bazen, %51.3 oldukça sık, %40.7 hemen her zaman) yakınları için daha fazlasını yapmak zorunda olduklarını düşünmektedirler. Araştırmadaki %22 bakım veren birey nadiren, %54.7 bakım veren bazen, %22 bakım veren oldukça sık, % 1.3 bakım veren hemen her zaman yakınlarının bakımında yapabilecek işin en iyisini yaptıklarını düşünmektedirler. Araştırmaya katılan bakım verenlerin %27.3'ü nadiren %47.3'ü bazen, %19.3'ü oldukça sık, %6'sı ise hemen her zaman yakınlarına bakarken güçlük yaşamaktadırlar.

**Tablo 7. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-bakım Davranışı Ölçeği Puanı ile Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği Puanı Korelasyonu**

|                             | N   | Aritmetik Ortalama | SD    | Korelasyon         |
|-----------------------------|-----|--------------------|-------|--------------------|
| <b>Öz-Bakım Ölçek Puanı</b> | 150 | 47.02              | 2.66  | r=0.332<br>p=0.000 |
| <b>Zarit Ölçek Puanı</b>    | 150 | 33.06              | 10.34 | p<0.01             |

Tablo 7'den de anlaşılacağı üzere Avrupa Kalp Yetmezliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği puanları ile Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan ileri analizler sonucunda istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak; öz bakımın bakım veren yükü üzerinde etkili olduğu, öz bakımını yeteri kadar gerçekleştiren hastaların bakım vericilerinin üzerinde anlamlı olarak daha az bakım veren yükü oluşturdukları, öz bakımlarını yeterince gerçekleştiremeyen hastaların bakım vericileri üzerinde anlamlı olarak daha fazla bakım veren yükü oluşturdukları saptanmıştır.

### 4.3. Hasta Tanıtım Formu Verileri İle Öz Bakım Davranış Ölçeği Verilerinin Etkileşme Durumlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 8. Hastaların Öz-Bakım Davranış Düzeylerinin Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi**

| Cinsiyet              |                 | N   | Ortalama | Std. Sapma |                            |
|-----------------------|-----------------|-----|----------|------------|----------------------------|
| Ölçek Toplam Puan     | Erkek           | 79  | 47.22    | 2.43       | MWU = 2620.000<br>p = .483 |
|                       | Kadın           | 71  | 46.80    | 2.91       |                            |
| <b>Yaş</b>            |                 |     |          |            |                            |
| Ölçek Toplam Puan     | 55 yaş altı     | 22  | 45.73    | 2.25       | KW=24.310<br>p= .000*      |
|                       | 55-65 yaş arası | 61  | 46.28    | 2.41       |                            |
|                       | 65 yaş üstü     | 67  | 48.12    | 2.62       |                            |
| <b>Eğitim Durumu</b>  |                 |     |          |            |                            |
| Ölçek Toplam Puan     | Okuryazar değil | 25  | 48.68    | 2.67       | KW= 18.898<br>p= .002*     |
|                       | Okuryazar       | 33  | 47.67    | 2.68       |                            |
|                       | İlkokul         | 65  | 46.38    | 2.37       |                            |
|                       | Ortaokul        | 12  | 46.17    | 3.07       |                            |
|                       | Lise            | 10  | 46.80    | 2.44       |                            |
|                       | Üniversite      | 5   | 45.20    | 1.30       |                            |
| <b>Meslek</b>         |                 |     |          |            |                            |
| Ölçek Toplam Puan     | Ev hanımı       | 59  | 46.90    | 3.03       | KW= 6.928<br>p= .140       |
|                       | Memur           | 9   | 45.78    | 1.20       |                            |
|                       | İşçi            | 12  | 46.42    | 2.35       |                            |
|                       | Serbest meslek  | 10  | 46.20    | 2.35       |                            |
|                       | Emekli          | 60  | 47.58    | 2.47       |                            |
| <b>Medeni Durum</b>   |                 |     |          |            |                            |
| Ölçek Toplam Puan     | Evli            | 87  | 46.31    | 2.28       | KW =16.503<br>p= .000*     |
|                       | Dul             | 63  | 48.00    | 2.86       |                            |
| <b>Sosyal Güvence</b> |                 |     |          |            |                            |
| Ölçek Toplam Puan     | Yeşil kart      | 25  | 47.68    | 2.30       | KW =4.044<br>p= .044*      |
|                       | SGK             | 125 | 46.89    | 2.72       |                            |

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin cinsiyetleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Tablo 8 incelendiğinde yapılan analiz sonuçlarına göre cinsiyetin Öz-Bakım davranışını etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin yaşları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin eğitim durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların eğitim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin meslekleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Tabloya göre farklı meslek gruplarına mensup oluyor olmanın öz bakım davranış düzeyini etkilemediği neticesine varılmaktadır.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin medeni durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin sosyal güvenceleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların sosyal güvence grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 9. Öz Bakım Davranış Düzeyleri ile Yaş Grupları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi**

| 1.GRUP- 2.GRUP                    | Sig. | Adj. Sig. |
|-----------------------------------|------|-----------|
| (55 yaş altı) – (55-65 yaş arası) | 0.44 | 1.00      |
| (55 yaş altı) – (65 yaş üstü)     | .00  | .00       |
| (55-65 yaş arası) – (65 yaş üstü) | .00  | .00       |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre öz bakım davranış düzeylerinin yaş grupları arasındaki anlamlı farklılıkları tablo 9’ da gösterilmiştir. Bu sonuca göre, öz bakım davranış düzeyi 55 yaş altı ve 65 yaş üstü iki grup arasında ve 55-65 yaş arası ve 65 yaş üstü iki grup arasında anlamlı farklılık göstermiştir.

**Tablo 10. Öz Bakım Davranış Düzeyleri ile Eğitim Durumları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi**

| 1.GRUP- 2.GRUP              | Sig. | Adj. Sig. |
|-----------------------------|------|-----------|
| Üniversite- ilkokul         | .226 | 1.00      |
| Üniversite- lise            | .254 | 1.00      |
| Üniversite- ortaokul        | .221 | 1.00      |
| Üniversite- okuryazar       | .032 | .485      |
| Üniversite- okuryazar değil | .004 | .055      |
| İlkokul-lise                | .853 | 1.00      |
| İlkokul- ortaokul           | .776 | 1.00      |
| İlkokul- okuryazar          | .029 | .442      |
| İlkokul- okuryazar değil    | .00  | .004      |
| Lise- ortaokul              | .951 | 1.00      |
| Lise- okuryazar             | .265 | 1.00      |
| Lise-okuryazar değil        | .033 | .490      |
| Ortaokul- okuryazar         | .265 | 1.00      |
| Ortaokul- okuryazar değil   | .028 | .417      |
| Okuryazar- okuryazar değil  | .134 | 1.00      |



Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre öz bakım davranış düzeyinin eğitim durumunda yer alan gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları tablo 10’ da gösterilmiştir. Tabloya göre öz bakım davranış düzeyi ilkokul ve okur-yazar olmayan iki grup arasında anlamlı farklılık göstermiştir.

**Tablo 11. Hastaların Öz-Bakım Davranış Düzeylerini Hastalığa Yönelik Tanıtıcı Özellikleri Göre Farklaşma Durumlarının İncelenmesi**

| NYHA                                   |                    | N  | Ortalama | Std. Sapma |                        |
|--|--------------------|----|----------|------------|------------------------|
| Ölçek Toplam Puan                      | NYHA2              | 38 | 45.58    | 2.06       | KW= 22.204<br>p= .000* |
|  | NYHA3              | 78 | 47.15    | 2.71       |                        |
|  | NYHA4              | 34 | 48.32    | 2.46       |                        |
| <b>Ailede kalp hastası olma durumu</b> |                    |    |          |            |                        |
| Ölçek Toplam Puan                      | Var                | 91 | 47.02    | 2.82       | MWU=2672.50<br>p= .963 |
|  | Yok                | 59 | 47.02    | 2.43       |                        |
| <b>Hastalığa teşhis süresi</b>         |                    |    |          |            |                        |
| Ölçek Toplam Puan                      | 4 yıl ve altı      | 59 | 46.10    | 2.48       | KW= 18677<br>p= .000*  |
|  | 5-10 yıl arası     | 49 | 47.04    | 2.44       |                        |
|  | 10 yıl ve üstü     | 42 | 48.29    | 2.70       |                        |
| <b>Hastaneye yatma sayısı</b>          |                    |    |          |            |                        |
| Ölçek Toplam Puan                      | Hastaneye yatmadım | 30 | 45.63    | 2.17       | KW= 21.910<br>p= .001* |
|  | 1 kere             | 10 | 46.20    | 3.46       |                        |
|  | 2 kere             | 17 | 46.24    | 1.89       |                        |
|  | 3 kere             | 10 | 47.90    | 2.51       |                        |
|  | 4 kere             | 12 | 48.00    | 2.45       |                        |
|  | 5 kere ve üzeri    | 71 | 47.62    | 2.71       |                        |

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kalp yetersizliği sınıfları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Kalp yetersizliği sınıf grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin ailede kalp hastası olma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların ailelerinde kalp hastası bulunma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p<0,05$ ). Tabloya göre ailede kalp hastası olma veya olmama durumu öz bakım davranış düzeyini etkilememektedir.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin hastalıklarına teşhis konan süreleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastalıklarına teşhisin konduğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin hastaneye yatma sayıları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların hastaneye yatma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 12. Öz -Bakım Davranış Düzeyleri İle Kalp Yetersizliği Sınıfı Açısından Anlamlı Farklılığın Oluştugu Grupların İncelenmesi**

| <b>1.GRUP- 2.GRUP</b> | <b>Sig.</b> | <b>Adj. Sig.</b> |
|-----------------------|-------------|------------------|
| NYHA 2- NYHA 3        | .001        | .003             |
| NYHA 2-NYHA 4         | .00         | .00              |
| NYHA 3- NYHA 4        | .030        | .089             |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre öz bakım davranışı düzeyinin hangi iki evre kalp yetersizliği hastalarında anlamlı farklılık oluşturduğu tablo 12’de belirtilmiştir. Tabloya göre evre 2 ile evre 3 kalp yetersizliği hasta grupları arasında ve evre 2 ile evre 4 kalp yetersizliği hasta grupları arasında öz bakım davranış düzeyi anlamlı farklılık oluşturmaktadır neticesine varılmıştır.

**Tablo 13. Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Hastalık Teşhis Süresi Açısından Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi**

| <b>1.GRUP- 2.GRUP</b>              | <b>Sig.</b> | <b>Adj. Sig.</b> |
|------------------------------------|-------------|------------------|
| (4 yıl ve altı)- (5-10 yıl arası)  | .049        | .146             |
| (4 yıl ve altı)- (10 yıl ve üstü)  | .00         | .00              |
| (5-10 yıl arası)- (10 yıl ve üstü) | .019        | .058             |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre öz bakım davranış düzeyi, 4yıl ve altı teşhis alan hasta grubu ile 10 yıl ve üstü teşhis alan hasta grubu arasında anlamlı farklılık oluşturmaktadır.

**Tablo 14. Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Hastaların Hastaneye Yatma Sıklığı Açısından Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi**

| <b>1.GRUP- 2.GRUP</b>                   | <b>Sig.</b> | <b>Adj. Sig.</b> |
|---|-------------|------------------|
| (Hastaneye yatmadım)- (1 kere)          | .97         | 1.00             |
| (Hastaneye yatmadım)- (2 kere)          | .42         | 1.00             |
| (Hastaneye yatmadım)- (5 kere ve üzeri) | .00         | .003             |
| (Hastaneye yatmadım)- (4 kere)          | .007        | .10              |
| (Hastaneye yatmadım)- (3 kere)          | .008        | .11              |
| (1 kere)- (2 kere)                      | .57         | 1.00             |
| (1 kere)- (5 kere ve üzeri)             | .018        | .26              |
| (1 kere)- (4 kere)                      | .035        | .51              |
| (1 kere)- (3 kere)                      | .033        | .48              |
| (2 kere)- (5 kere ve üzeri)             | .034        | .50              |
| (2 kere)- (4 kere)                      | .07         | 1.00             |
| (2 kere)- (3 kere)                      | .06         | 1.00             |
| (5 kere ve üzeri)- (4 kere)             | .73         | 1.00             |
| (5 kere ve üzeri)- (3 kere)             | .64         | 1.00             |
| (4 kere)- (3 kere)                      | .90         | 1.00             |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre öz bakım davranış düzeyinin hastaneye hiç yatmayan hasta grubu ile 5 kere ve üzeri yatan hasta grubu arasında anlamlı farklılık oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

**Tablo 11. Hastaların Öz-Bakım Davranış Düzeylerinin Hastalığa Yönelik Tanıtıcı Özelliklerine göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi (tablo 11 devamı)**

| <b>Başka hastalık durumu</b> |   |     |       |      |                         |
|------------------------------|---|-----|-------|------|-------------------------|
| Ölçek Toplam Puan            | Hipertansiyon <b>Var</b>                | 90  | 47.5  | 2.72 | MWU= 1879.5<br>p=0.001* |
|                              | Hipertansiyon <b>Yok</b>                | 60  | 46.3  | 2.43 |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | Solunum Sistemi Hastalıkları <b>Var</b> | 62  | 47.74 | 2.69 | MWU=1950<br>p=0.003*    |
|                              | Solunum Sistemi Hastalıkları <b>Yok</b> | 88  | 46.51 | 2.55 |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | Diabetes Mellitus <b>Var</b>            | 56  | 47.39 | 2.59 | MWU=2263.5<br>p=0.148   |
|                              | Diabetes Mellitus <b>Yok</b>            | 94  | 46.8  | 2.7  |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | Romatizmal Hastalıklar <b>Var</b>       | 38  | 48.13 | 2.66 | MWU=1438.5<br>p=0.003*  |
|                              | Romatizmal Hastalıklar <b>Yok</b>       | 112 | 46.64 | 2.57 |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | Konjenital Hastalıklar <b>Var</b>       | 14  | 46.43 | 3.23 | MWU=854.5<br>p=0.524    |
|                              | Konjenital Hastalıklar <b>Yok</b>       | 136 | 47.08 | 2.61 |                         |
| <b>Kullanılan ilaç</b>       |   |     |       |      |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | ARB Kullanıyor                          | 30  | 47.80 | 2.92 | MWU=1446.00<br>p=.093   |
|                              | ARB Kullanmıyor                         | 120 | 46.83 | 2.58 |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | ACEİ Kullanıyor                         | 91  | 47.22 | 2.41 | MWU=2214.50<br>p=.068   |
|                              | ACEİ Kullanmıyor                        | 59  | 46.71 | 3.01 |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | Beta bloker Kullanıyor                  | 85  | 47.46 | 2.71 | MWU=2274.00<br>p=.061   |
|                              | Beta bloker Kullanmıyor                 | 65  | 46.45 | 2.51 |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | Furosemide Kullanıyor                   | 86  | 46.90 | 2.73 | MWU=2625.00<br>p=.626   |
|                              | Furosemide Kullanmıyor                  | 64  | 47.19 | 2.59 |                         |
| Ölçek Toplam Puan            | Digoxin Kullanıyor                      | 30  | 47.07 | 2.94 | MWU=1750.00<br>p=.812   |
|                              | Digoxin Kullanmıyor                     | 120 | 47.01 | 2.61 |                         |

Hastaların kalp rahatsızlıklarına eşlik eden başka bir hastalık bulunması durumuna göre öz-bakım davranış düzeylerinin istatistiksel farklılıklarını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan test sonuçları Tablo 11’ de görülmektedir.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kalp rahatsızlıkları dışında hipertansiyon hastalığı bulunma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların hipertansiyon hastası olma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kalp rahatsızlıkları dışında Solunum sistemi hastalıkları bulunma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Solunum sistemi hastalık olma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kalp rahatsızlıkları dışında Diabetes mellitus hastalığı bulunma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Diabetes mellitus hastalığı olma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kalp rahatsızlıkları dışında Romatizmal Hastalıklar bulunma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Romatizmal Hastalıkları olma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kalp rahatsızlıkları dışında Konjenital Hastalıklar bulunma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Konjenital Hastalıkları olma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların şu anda kullanmakta olduğu ilaç durumuna göre öz-bakım davranış düzeylerinin istatistiksel farklılıklarını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan test sonuçları Tablo 11’de görülmektedir.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin Anjiyotensin reseptör blokerleri kullanmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz

edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Anjiyotensin reseptör blokerleri kullanma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin ACE inhibitörleri kullanmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların ACE inhibitörleri kullanma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin Beta blokerleri kullanmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Beta blokerleri kullanma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin Furosemide kullanmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Furosemide kullanma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin Digoksin kullanmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların Digoksin kullanma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin başka bir ilaç kullanmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların başka bir ilaç kullanma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 11. Hastaların Öz-Bakım Davranış Düzeylerinin Hastalığa Yönelik Tanıtıcı Özelliklerine göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi (tablo 11 devamı)**

| <b>İlaçlarını düzenli kullanma</b>               |                     |     |       |      |                          |
|--|---------------------|-----|-------|------|--------------------------|
| Ölçek Toplam Puan                                | Evet                | 78  | 45,53 | 1.97 | MWU= 847.000<br>p= .000* |
|  | Hayır               | 72  | 48,64 | 2.37 |                          |
| <b>Kilo takibi sıklığı</b>                       |                     |     |       |      |                          |
| Ölçek Toplam Puan                                | Hiç                 | 118 | 47,36 | 2.72 | KW=12.488<br>p=.002*     |
|  | Ayda bir            | 20  | 45,35 | 1.93 |                          |
|  | Aklıma geldikçe     | 12  | 46,42 | 2.11 |                          |
| <b>Düzenli uyku durumu</b>                       |                     |     |       |      |                          |
| Ölçek Toplam Puan                                | Evet                | 63  | 46,19 | 2.25 | MWU=1871.00<br>p=.001*   |
|  | Hayır               | 87  | 47,62 | 2.79 |                          |
| <b>Günlük uyku süresi</b>                        |                     |     |       |      |                          |
| Ölçek Toplam Puan                                | 4 saat              | 20  | 48,30 | 3.05 | KW= 8.791<br>p=.032*     |
|  | 5 saat              | 45  | 47,33 | 2.99 |                          |
|  | 6 saat              | 52  | 46,60 | 2.14 |                          |
|  | 7 saat              | 33  | 46,48 | 2.50 |                          |
| <b>Sigara kullanma miktarı</b>                   |                     |     |       |      |                          |
| Ölçek Toplam Puan                                | Kullanmıyor         | 119 | 47,41 | 2.64 | KW=15.891<br>p=.001*     |
|  | 10 adet ve altı     | 17  | 45,88 | 2.55 |                          |
|  | 10 ve 20 adet arası | 8   | 45,38 | 1.69 |                          |
|  | 20 adet ve üstü     | 6   | 44,67 | 1.86 |                          |
| <b>Alkol kullanma süresi</b>                     |                     |     |       |      |                          |
| Ölçek Toplam Puan                                | Kullanmıyor         | 141 | 47,14 | 2.69 | MWU=294.500<br>p=.007*   |
|  | Ayda bir kadeh      | 9   | 45,11 | 1.27 |                          |
| <b>Diyetinize (az tuzlu) uyum sağlama durumu</b> |                     |     |       |      |                          |
| Ölçek Toplam Puan                                | Evet                | 116 | 46,19 | 2.11 | MWU=497.000<br>p= .000*  |
|  | Hayır               | 34  | 49,85 | 2.43 |                          |

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin ilaçlarını düzenli kullanma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların ilaçlarını düzenli kullanma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kilo takibi sıklıkları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların kilo takibi sıklık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin düzenli uyku durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların düzenli uyku durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin günlük uyku süreleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların günlük uyku süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin sigara kullanma miktarları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların sigara kullanma miktar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin alkol kullanma miktarları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların alkol kullanma miktarı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin diyetlerine uyum sağlama durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların diyetlerine uyum sağlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



**Tablo 15. Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Hastaların Kilo Takibi Sıklığı Açısından Anlamlı Farklılığın Oluşturduğu Grupların İncelenmesi**

| <b>1.GRUP- 2.GRUP</b>         | <b>Sig.</b> | <b>Adj. Sig.</b> |
|-------------------------------|-------------|------------------|
| (Ayda bir)- (aklıma geldikçe) | .36         | 1.00             |
| (Ayda bir)- (hiç)             | .001        | .003             |
| (Aklıma geldikçe)- (hiç)      | .11         | .34              |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, kalp yetersizliği hastalarında öz-bakım davranışı ile kilo takibi sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde ortaya çıkan sonucun ayda bir tartılan grup ve hiç tartılmayan grup arasında anlamlı farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 16. Öz-Bakım Davranış Düzeyleri İle Sigara Kullanma Miktarı Gruplarının Arasındaki Anlamlı Farklılığın İncelenmesi**

| <b>1.GRUP- 2.GRUP</b>                    | <b>Sig.</b> | <b>Adj. Sig.</b> |
|--|-------------|------------------|
| (20 adet ve üstü)- (10 ve 20 adet arası) | .60         | 1.00             |
| (20 adet ve üstü)- (10 adet ve altı)     | .22         | 1.00             |
| (20 adet ve üstü)- (kullanmıyor)         | .006        | .036             |
| (10 ve 20 adet arası)- (10 adet ve altı) | .48         | 1.00             |
| (10 ve 20 adet arası)- (kullanmıyor)     | .017        | .101             |
| (10 adet ve altı)- (kullanmıyor)         | .027        | .163             |

Araştırmada yapılan ileri analiz sonuçlarına göre kalp yetmezliği hastalarında öz-bakım davranış düzeyinin sigara kullanmayan grup ile günlük 20 adet ve üstü kullanan grupta anlamlı farklılık oluşturduğu neticesine varılmıştır.

#### 4.4. Bakım Veren Tanıtım Formu İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Verilerinin Etkileşme Durumlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 17. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçek Toplam Puanlarının Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi**

| <b>Cinsiyet</b>                                      |                           | <b>N</b> | <b>Ortalama</b> | <b>Std. Sapma</b> |                        |
|--|---------------------------|----------|-----------------|-------------------|------------------------|
| Ölçek Toplam Puan                                    | Erkek                     | 23       | 16.04           | .47               | MWU=34.000<br>p= .000* |
|  | Kadın                     | 127      | 36.14           | 8.01              |                        |
| <b>Yaş</b>   |                           |          |                 |                   |                        |
| Ölçek Toplam Puan                                    | 40 yaş ve altı            | 66       | 36.09           | 7.87              | KW=19.316<br>p= .000*  |
|  | 40-50 yaş arası           | 48       | 34.83           | 7.84              |                        |
|  | 50 yaş ve üstü            | 36       | 25.14           | 13.12             |                        |
| <b>Eğitim durumu</b>                                 |                           |          |                 |                   |                        |
| Ölçek Toplam Puan                                    | Okuryazar                 | 31       | 40.68           | 7.48              | KW=30.594<br>p=.000*   |
|  | İlkokul                   | 92       | 32.86           | 9.77              |                        |
|  | Ortaokul                  | 12       | 27.42           | 9.01              |                        |
|  | Lise                      | 11       | 22.64           | 8.50              |                        |
|  | Üniversite                | 4        | 24.25           | 9.54              |                        |
| <b>Meslek</b>  |                           |          |                 |                   |                        |
| Ölçek Toplam Puan                                    | Ev hanımı                 | 124      | 36.37           | 7.86              | KW=57.656<br>p=.000*   |
|  | Memur                     | 4        | 24.25           | 9.54              |                        |
|  | İşçi                      | 6        | 15.83           | .41               |                        |
|  | Serbest meslek            | 9        | 16.22           | .67               |                        |
|  | Emekli                    | 7        | 15.86           | .38               |                        |
| <b>Sosyal güvence</b>                                |                           |          |                 |                   |                        |
| Ölçek Toplam Puan                                    | Yeşil kart                | 25       | 41.52           | 6.33              | MWU=21.981<br>p= .000* |
|  | SGK                       | 125      | 31.37           | 10.18             |                        |
| <b>Ekonomik durum</b>                                |                           |          |                 |                   |                        |
| Ölçek Toplam Puan                                    | Gelir gideri karşılıyor   | 125      | 31.37           | 10.18             | MWU=635.000<br>p=.000* |
|  | Gelir gideri karşılamıyor | 25       | 41.52           | 6.33              |                        |
| <b>Ekonomik durumun hastalıktan etkilenme durumu</b> |                           |          |                 |                   |                        |
| Ölçek Toplam Puan                                    | Evet                      | 25       | 41.52           | 6.33              | MWU=635.000<br>p=.000* |
|  | Hayır                     | 125      | 31.37           | 10.18             |                        |

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının cinsiyetleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının yaşları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının eğitim durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin eğitim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının meslekleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının sosyal güvenceleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin sosyal güvence grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının ekonomik durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin ekonomik durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının ekonomik durumlarının hastalıktan etkilenme durumu açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin bakım verenlerin ekonomik durumlarının hastalıktan etkilenme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p < 0,05$ )

**Tablo 18. Bakım Verme Yükü İle Bakım Veren Yaş Grupları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluşturduğu Grupların İncelenmesi**

| 1.GRUP- 2.GRUP                      | Sig. | Adj. Sig. |
|-------------------------------------|------|-----------|
| (50 yaş ve üstü)- (40-50 yaş arası) | .00  | .001      |
| (50 yaş ve üstü)- (40 yaş ve altı)  | .00  | .00       |
| (40-50 yaş arası)- (40 yaş ve altı) | .76  | 1.00      |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bakım verenlerde bakım verme yükünün 50 yaş ve üstü grup ile 40-50 yaş arası grupta ayrıca 50 yaş ve üstü grup ile 40 yaş ve altı grup arasında anlamlı farklılık oluşturduğu neticesine varılmıştır.

**Tablo 19. Bakım Verme Yükü İle Bakım Verenlerin Eğitim Durumları Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluşturduğu Grupların İncelenmesi**

| 1.GRUP- 2.GRUP        | Sig. | Adj. Sig. |
|-----------------------|------|-----------|
| Lise- üniversite      | .77  | 1.00      |
| Lise- ortaokul        | .34  | 1.00      |
| Lise- ilkokul         | .008 | .07       |
| Lise- okuryazar       | .00  | .00       |
| Üniversite- ortaokul  | .69  | 1.00      |
| Üniversite- ilkokul   | .18  | 1.00      |
| Üniversite- okuryazar | .006 | .06       |
| Ortaokul- ilkokul     | .13  | 1.00      |
| Ortaokul- okuryazar   | .00  | .003      |
| İlkokul- okuryazar    | .00  | .002      |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre eğitim seviyesi grupları incelendiğinde, eğitim seviyesi lise olan grup ile okur-yazar olan grup arasında, eğitim seviyesi ortaokul olan grup ile okuryazar olan grup arasında ve eğitim seviyesi ilkokul olan grup ile okuryazar olan grup arasında anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır.

**Tablo 20. Bakım Verme Yükü İle Bakım Verenlerin Meslekleri Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi**

| 1.GRUP- 2.GRUP           | Sig. | Adj. Sig. |
|--------------------------|------|-----------|
| İşçi- emekli             | .99  | 1.00      |
| İşçi- serbest meslek     | .88  | 1.00      |
| İşçi- memur              | .24  | 1.00      |
| İşçi- ev hanımı          | .00  | .00       |
| Emekli- serbest meslek   | .89  | 1.00      |
| Emekli-memur             | .23  | 1.00      |
| Emekli-ev hanımı         | .00  | .00       |
| Serbest meslek-memur     | .26  | 1.00      |
| Serbest meslek-ev hanımı | .00  | .00       |
| Memur- ev hanımı         | .48  | .48       |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bakım verme yükü ile meslek grupları arasında anlamlı farklılıklara bakıldığında, mesleği ev hanımı olan grubun işçi grup, emekli grup ve serbest meslek grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

**Tablo 21. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçek Toplam Puanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi**

| Sigara kullanma durumu   |                     | N   | Ortalama | Std. Sapma |                          |
|--|---------------------|-----|----------|------------|--------------------------|
| Ölçek Toplam Puan  | Evet                | 40  | 31.58    | 10.99      | MWU= 1899.000<br>p= .200 |
|  | Hayır               | 110 | 33.60    | 10.10      |                          |
| <b>Alkol Kullanma Durumu</b>                                       |                     |     |          |            |                          |
| Ölçek Toplam Puan  | Evet                | 24  | 33.83    | 11.10      | MWU= 1433.000<br>p=.685  |
|  | Hayır               | 126 | 32.91    | 10.24      |                          |
| <b>Sağlık Sorununuz Var Mı?</b>                                    |                     |     |          |            |                          |
| Ölçek Toplam Puan  | Evet                | 45  | 32.93    | 10.11      | MWU= 2318.500<br>p=.856  |
|  | Hayır               | 105 | 33.11    | 10.49      |                          |
| <b>Hastalığınızın Ortaya Çıkması Bakım Vermeyi Etkileme Durumu</b> |                     |     |          |            |                          |
| Ölçek Toplam Puan  | Evet                | 45  | 33.98    | 9.24       | MWU=2177.500<br>.447     |
|  | Hayır               | 105 | 32.67    | 10.80      |                          |
| <b>Hasta İle Olan Yakınlık Derecesi</b>                            |                     |     |          |            |                          |
| Ölçek Toplam Puan  | Eşiyim              | 46  | 22.70    | 7.89       | KW=58.759<br>p= .000*    |
|  | Kızıyım/Oğluyum     | 82  | 37.82    | 8.48       |                          |
|  | Geliniyim/Damadıyım | 22  | 37.00    | 2.98       |                          |

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının sigara kullanma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yüğü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının alkol kullanma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yüğü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının sağlık sorunu bulunma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin sağlık sorunu bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastalıklarının ortaya çıkması durumunda bakım vermeyi etkilemesi açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastalıklarının ortaya çıkması durumunda bakım vermeyi etkilemesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastalara yakınlık dereceleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastalara yakınlık dereceleri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

**Tablo 22. Bakım Verme Yükü İle Bakım Veren Hastaya Olan Yakınlık Derecesi Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştugu Grupların İncelenmesi**

| 1.GRUP- 2.GRUP                           | Sig. | Adj. Sig. |
|--|------|-----------|
| (Eşiyim)- (kızıyım/oğluyum)              | .00  | .00       |
| (Eşiyim)- (geliniyim/damadıyım)          | .00  | .00       |
| (Kızıyım/oğluyum)- (geliniyim/damadıyım) | .47  | 1.00      |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bakım verme yükünün bakım verenin hasta ile olan yakınlık derecesine bakıldığında, eşi olma durumunun kızımı/oğluyum ve geliniyim/damadıyım olma durumları ile arasında anlamlı farklılık oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

**Tablo 18. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçek Toplam Puanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi (tablo 18 devamı)**

| <b>Bakım vermeye başlama tarihi</b>   |                                   |     |       |       |                          |
|---|-----------------------------------|-----|-------|-------|--------------------------|
| Ölçek Toplam Puan   | 1 yıl ve altı                     | 56  | 29.20 | 8.26  | KW=13.578<br>p= .004*    |
|   | 2 yıl                             | 38  | 33.95 | 8.01  |                          |
|   | 3 yıl                             | 23  | 36.48 | 11.35 |                          |
|   | 4 yıl ve üstü                     | 33  | 36.21 | 13.14 |                          |
| <b>Bakmakla yükümlü olduğunuz/bakımında size bağımlı olan başka birey olma durumu</b> |                                   |     |       |       |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | Evet                              | 24  | 39.38 | 6.06  | MWU=756.500<br>p= .000*  |
|   | Hayır                             | 126 | 31.86 | 10.57 |                          |
| <b>Hastanın günlük işlerini yapmak için günlük harcanan saat</b>                      |                                   |     |       |       |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | 2 saat ve altı                    | 112 | 28.69 | 7.78  | KW=79.501<br>p=.000*     |
|   | 4 saat ve üstü                    | 38  | 45.95 | 4.58  |                          |
| <b>Hasta bakımında yapılan işler</b>  |                                   |     |       |       |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | <b>(Temizlik)</b> Yapıyorum       | 106 | 37.59 | 7.58  | MWU=428.000<br>p= .000*  |
|   | Yapmıyorum                        | 44  | 22.14 | 7.60  |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | <b>(Beslenme)</b> Yapıyorum       | 107 | 37.00 | 8.13  | MWU= 654.500<br>p= .000* |
|   | Yapmıyorum                        | 43  | 23.26 | 8.65  |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | <b>(Hareket)</b> Yapıyorum        | 86  | 38.30 | 8.27  | MWU= 977.500<br>p= .000* |
|   | Yapmıyorum                        | 64  | 26.02 | 8.54  |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | <b>(Boşaltım)</b> Yapıyorum       | 24  | 48.46 | 2.77  | MWU= 26.000<br>p= .000*  |
|   | Yapmıyorum                        | 126 | 30.13 | 8.48  |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | <b>(Tedavi)</b> Yapıyorum         | 128 | 34.77 | 9.48  | MWU= 542.500<br>p= .000* |
|   | Yapmıyorum                        | 22  | 23.14 | 9.73  |                          |
| Ölçek Toplam Puan   | <b>(Ekonomik işler)</b> Yapıyorum | 90  | 32.39 | 11.88 | MWU= 2557.500<br>p= .584 |
|   | Yapmıyorum                        | 60  | 34.07 | 7.47  |                          |

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının bakım vermeye başlama tarihleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis



H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin bakım vermeye başlama tarihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının bakmakla yükümlü oldukları başka birey bulunma durumu açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları başka bireyler bulunması grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastanın bakımına harcadıkları süreleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastanın bakımına harcadıkları süre grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin hasta bakımında yaptıkları işlere göre bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının istatistiksel farklılıklarını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan test sonuçları Tablo 18’de görülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında temizlik işleri yapmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında temizlik işleri yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında besleme işi yapmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında besleme işi yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında hareket yaptırma işi yapmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü

duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında hareket yaptırma işi yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında boşaltım işi yapmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında boşaltım işi yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında tedavi işi yapmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında tedavi işi yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında ekonomik işleri yapmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında ekonomik işleri yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

**Tablo 23. Bakım Verme Yükü İle Bakım Vermeye Başlama Tarihleri Arasındaki Anlamlı Farklılığın Oluştığı Grupların İncelenmesi**

| <b>1.GRUP- 2.GRUP</b>             | <b>Sig.</b> | <b>Adj. Sig.</b> |
|-----------------------------------|-------------|------------------|
| (1 yıl ve altı)- (2 yıl)          | .02         | .14              |
| (1 yıl ve altı)- (4 yıl v e üstü) | .002        | .013             |
| (1 yıl ve altı)- (3 yıl)          | .005        | .030             |
| (2 yıl)- (4 yıl ve üstü)          | .405        | 1.00             |
| (2 yıl)- (3 yıl)                  | .406        | 1.00             |
| (4 yıl ve üstü)- (3 yıl)          | .93         | 1.00             |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin bakım vermeye başlama tarihleri arasında ilişki incelendiğinde 1 yıl altı bakım veren grubun 3 yıldır bakım veren grup ile 4 yıl ve üstü bakım veren grup arasında anlamlı farklılığın olduğu sonucuna varılmıştır.

**Tablo 18. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçek Toplam Puanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi (tablo 18 devamı)**

| <b>Bakım vermede zorlanma sebebi</b>                           |                      |     |       |       |                           |
|--|----------------------|-----|-------|-------|---------------------------|
| Ölçek toplam puan  | Hayır                | 80  | 27.36 | 8.23  | MWU= 1015.500<br>p= .000* |
|  | Yoruluyorum          | 70  | 39.57 | 8.54  |                           |
| <b>Yardım alınan kişi sayısı</b>                               |                      |     |       |       |                           |
| Ölçek toplam puan  | Yok                  | 105 | 28.63 | 7.58  | KW= 77.986<br>p= .000*    |
|  | Eş                   | 2   | 38.50 | 6.36  |                           |
|  | Kardeş               | 37  | 46.08 | 5.12  |                           |
|  | Çocuk                | 6   | 28.50 | 9.77  |                           |
| <b>Hasta bakımı ile ilgili ailede güçlükler yaşanma durumu</b> |                      |     |       |       |                           |
| Ölçek toplam puan  | Evet                 | 41  | 42.07 | 6.58  | MWU= 565.500<br>p=.000*   |
|  | Hayır                | 109 | 29.67 | 9.44  |                           |
| <b>Bakım vermenin günlük yaşantıyı etkileme durumu</b>         |                      |     |       |       |                           |
| Ölçek toplam puan  | Evet                 | 70  | 26.44 | 7.62  | MWU= 1015.500<br>p= .000* |
|  | Hayır                | 80  | 33.48 | 10.37 |                           |
| <b>Hastanın doktora gitme sıklığı</b>                          |                      |     |       |       |                           |
| Ölçek toplam puan  | Kontrol tarihlerinde | 114 | 28.89 | 7.94  | MWU= 61.000<br>p=.000*    |
|  | Kötüleştikçe         | 36  | 46.28 | 3.99  |                           |

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının bakım verirken zorlanmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin bakım verirken zorlanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (p<0,05)

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastalara bakım verirken yardım aldıkları kişiler açısından bir farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastalara bakım verirken yardım aldıkları kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımı ile ilgili ailede güçlükler yaşanma durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile hasta bakımı ile ilgili ailede güçlükler yaşanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının bakım vermenin günlük yaşantıyı etkileme durumları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım vermenin günlük yaşantıyı etkileme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastayı doktora götürme zamanları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastayı doktora götürme zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

**Tablo 24. Bakım Verme Yükü İle Bakım Verenlerin Bakım Vermede Yardım Aldıkları Gruplar Arasındaki Anlamlılığın İncelenmesi**

| <b>1.GRUP- 2.GRUP</b> | <b>Sig.</b> | <b>Adj. Sig.</b> |
|-----------------------|-------------|------------------|
| Yok- çocuk            | .66         | 1.00             |
| Yok- eş               | .12         | .76              |
| Yok- kardeş           | .00         | 00               |
| Çocuk- eş             | .26         | 1.00             |
| Çocuk- kardeş         | .001        | .004             |
| Eş- kardeş            | .41         | 1.00             |

Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bakım verme yükünün toplam puanı ile bakım verenlerin bakım vermede yardım aldıkları gruplar arasındaki anlamlılığa bakıldığında, bakımda kardeşi yardımcı olan grubun bakımda çocuğu yardımcı olan grup ile bakım vermede yardımcısı olmayan grup arasında anlamlı farklılık oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

**Tablo 18. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçek Toplam Puanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumlarının İncelenmesi (tablo 18 devamı)**

| <b>Bilgi alınan kaynak</b> |  |     |       |       |                          |
|----------------------------|--|-----|-------|-------|--------------------------|
| Ölçek toplam puan          | <b>(Doktordan)</b> Alıyorum                              | 150 | 33.06 | 10.35 | -                        |
|                            | Almıyorum  | 0   | 000   | 0.00  |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Hemşireden)</b> Alıyorum                             | 70  | 34.40 | 9.84  | MWU=2481.000<br>p= .228  |
|                            | Almıyorum  | 80  | 31.89 | 10.69 |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(İnternet/kitaptan)</b> Alıyorum                      | 33  | 34.03 | 10.00 | MWU=1782.500<br>p= .501  |
|                            | Almıyorum  | 117 | 32.79 | 10.47 |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Başka bir hastadan)</b> Alıyorum                     | 30  | 31.03 | 10.10 | MWU=1548.000<br>p= .235  |
|                            | Almıyorum  | 120 | 33.57 | 10.38 |                          |
| <b>Bilgi alma konusu</b>   |  |     |       |       |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Hastalıkla ilgili)</b> Alıyorum                      | 150 | 33.06 | 10.35 | -                        |
|                            | Almıyorum  | 0   |       |       |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Hastalığın seyriyle ilgili)</b> Alıyorum             | 111 | 33.32 | 10.20 | MWU= 2042.500<br>p= .600 |
|                            | Almıyorum  | 39  | 32.31 | 10.85 |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Tedaviyle ilgili)</b> Alıyorum                       | 150 | 33.06 | 10.35 | -                        |
|                            | Almıyorum  | 0   |       |       |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Yan etkilerle ilgili)</b> Alıyorum                   | 37  | 33.65 | 11.01 | MWU= 1977.500<br>p= .621 |
|                            | Almıyorum  | 113 | 32.87 | 10.16 |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Tetkik ve kontrollerle ilgili)</b> Alıyorum          | 73  | 33.25 | 10.83 | MWU= 2803.000<br>p= .977 |
|                            | Almıyorum  | 77  | 32.88 | 9.93  |                          |
| Ölçek toplam puan          | <b>(Taburculuk sonrası evde bakımla ilgili)</b> Alıyorum | 25  | 33.25 | 10.83 | MWU= 1550.000<br>p= .950 |
|                            | Almıyorum  | 125 | 32.88 | 9.93  |                          |

Bakım verenlerin hasta bakımında bilgiye ulaştıkları kaynaklarına göre bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının istatistiksel farklılıklarını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan test sonuçları Tablo 18’de görülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında bilgiye doktordan ulaşmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında bilgiye doktordan ulaşmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında bilgiye hemşireden ulaşmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında bilgiye hemşireden ulaşmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında bilgiye internet/kitaptan ulaşmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında bilgiye internet/kitaptan ulaşmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hasta bakımında bilgiye başka hastalardan ulaşmaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hasta bakımında bilgiye başka hastalardan ulaşmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastalıkla ilgili bilgi almaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastalıkla ilgili bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastalığın seyri ile ilgili bilgi almaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastalığın seyri ile ilgili bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının tedavi ilgili bilgi almaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin tedavi ile ilgili bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının tedavinin yan etkileri ile ilgili bilgi almaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin tedavinin yan etkileri ile ilgili bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının yapılacak tetkikler ve kontroller ile ilgili bilgi almaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin yapılacak tetkikler ve kontroller ile ilgili bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakım ile ilgili bilgi almaları açısından bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakım ile ilgili bilgi almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p<0,05$ )



## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

Bu bölümde kalp yetersizliği tanısı konulan hastaların ve bakım verenlerinin sosyo-demografik özelliklerini incelemek, hastaların öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerini ve bakım verenlerinin bakım verme yüklerini inceleyerek bu değişkenlerin birbirleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

#### 5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi:

Araştırmaya katılan hastaların %52,7'si erkek, %47,3'ü kadındır. Hastaların yaş ortalaması ise  $64.25 \pm 8.27$ 'dir. Kalp yetersizliğinin daha çok 65 yaş ve üstü grupta görülmesinin nedeni yaş ilerledikçe hastalığın görülme oranının daha yüksek olmasındandır (56).

Akbıyık çalışmasında araştırmasına dahil edilen hastaların yaş ortalamasını  $65,21 \pm 13,94$  bulurken, Uslu'nun çalışmasında yaş ortalaması  $60.9 \pm 12.42$  bulunmuş olup, Akın ve Durna'nın çalışmalarında  $59.9 \pm 12.5$  olarak saptanmıştır. Akbıyık, Uslu, Akın ve Durna'nın çalışmalarından çıkan sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Literatürde de her 10 yaşta hastalığın 2 kat yaygınlaştığı belirtilmektedir (27).

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %16,7'si okur-yazar değil, %22'si okur-yazar, %43,3'ü ilkokul mezunu, %8'i ortaokul mezunu, %6,7'si lise mezunu, %3,3'ü üniversite mezunudur. Demir'in çalışmasında hastaların eğitim durumları; %41.3'unun ilkokul mezunu %25.3'unun okuma yazma bilmediği, %2.7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (18). Eğitim durumu arttıkça sağlığı algılama şeklinin değişeceği, gelişeceği, hastaların öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerini ve bakım verenlerinin bakım verme yükünü etkileyebileceği düşünülmektedir.

Hastaların meslek dağılımlarına bakıldığında %39,3'ü ev hanımı, %6'sı memur, %8'i işçi, %6,7'si serbest meslek mensubu, %40'ı ise emeklidir. Ayrıca hastaların medeni durumlarına bakıldığında %58'i evli %42'si dul olarak dağılım göstermektedir. Yapılan bir çok araştırma örneklerinde de hastaların çoğunluğunun emekli olduğu ve evli olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (3, 55, 56). Hastaların çoğunluğunun evli olması Türk toplumu aile yapısına uygun olduğunu göstermektedir.

Hastaların sosyal güvence durumlarına bakıldığında ise % 16,7'si yeşil kartlı, % 83,3'ü SGK'lı olmak üzere dağılım göstermektedir. Hastaların sosyal güvenceye sahip olmaları sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanabileceklerini göstermektedir.

## 5.2. Hastaların Hastalığa Yönelik Bulgularının İncelenmesi:

Hastaların hastalıklarına yönelik bulgularına bakıldığında; NYHA kalp yetmezliği sınıflandırmasına göre, hastaların %25,3'ünü II. Evre kalp yetmezliği hastası, %52'sini III. Evre kalp yetmezliği hastası, %22,7'sini IV. Evre kalp yetmezliği hastası oluşturmaktadır. Akbıyık çalışmasında hastaların %48,5'ini NYHA III. evre, %51.5'ini NYHA IV. evre olarak saptamıştır (3 Uslu'nun çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunu II. ve III. evre kalp yetersizliği hastaları oluştururken, Demir'in, Akın ve Durna'nın çalışmalarında da hastaların büyük çoğunluğu II. ve III. evrede olup Zombroski ve arkadaşlarının çalışmalarında da III. evre kalp yetersizliği hastaları çoğunluk grubunu oluşturmaktadır (6, 18, 60). Fonksiyonel sınıfın artması ile birlikte hastaların öz bakım davranışlarını yeterince yerine getirememesi ve bakım verenlerinin bakım verme yükü artış göstermesi beklenmektedir.

Hastaların %60,7'sinin ailesinde kalp hastalığı var iken, %39,3'ünün ailesinde kalp hastalığı bulunmamaktadır. Demir'in çalışmasında %65.3'ünün ailesinde kalp hastalığı bulunurken, %34.7'sini ailesinde kalp hastalığı bulunmamaktadır (18). Özer ve Argon'un çalışmalarında da ailesinde kalp hastalığı olan hasta sayısı %51 olarak saptanmıştır (46).

Araştırmaya katılan hastalardan hastalıklarının teşhis süresini 4 yıl ve altı olarak bildiren %39,3 kişi, 5 ila 10 yıl arasında bildiren %32,7 kişi, 10 yıl ve üstü olarak bildiren %28 kişi bulunmaktadır. Demir'in çalışmasında hastaların %36'sı 1-12 ay, % 16'sının 1-3 yıl, %48'i 3 yıldan daha fazla süredir kalp yetmezliği tanısıyla yaşamaktadır (18). Uslu'nun çalışmasında ise %36'sını 0-12 ay, %15.3'ünün 1-3 yıl, %48.7'sinin 3 yıldan daha fazla süredir kalp yetersizliği tanısıyla yaşadığı görülmüştür (56).

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası (%79,3'ü) tanı aldıktan sonraki süreçte hastaneye yatmış, %20,7'si hastaneye yatmamıştır. Hastaların %6,7'si hastaneye 1 defa, %11,3'ü hastaneye 2 defa, %6,7'si hastaneye 3 defa, %8'i hastaneye 4 defa, %47,3'ü ise hastaneye 5 defa ve üzeri yatmıştır. Yapılan birçok çalışmalarda da hastaların yarısından fazlasının hastaneye tekrar yattıkları yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (6, 18, 56). Hastaneye tekrar yatış sıklıkları Uslu'nun çalışmasında %63.3, Demir'in çalışmasında %78.7 şeklinde saptanmış olup çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Hastaneye tekrar yatışlar

kalp yetersizliğinin kaçınılmaz ilerleyişinin bir göstergesidir. Servislerde büyük bir yük oluşturan bu tekrarlı yatışlar sağlık harcamalarının da büyük bir payını oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %74'ünde kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığı bulunurken, %26'sında yalnızca kalp yetersizliği bulunmaktadır. Hastaların %60'ında hipertansiyon, %41,3'ünde solunum sistemi hastalıkları, %37,3'ünde diabetes mellitus, %25,3'ünde romatizmal hastalıklar ve %9,3'ünde konjenital hastalıklar bulunmaktadır. Ayrıca hastaların %14'ünde böbrek yetmezliği, derin ven trombozu, epilepsi, FMF, guatr, katarakt, karaciğer sirozu, meme kanseri, parkinson gibi başka hastalıkları bulunurken, %86'sında başka bir hastalık bulunmamaktadır. Uslu'nun çalışmasında hastaların %79.3'ünde kalp yetersizliğine ek olarak başka bir hastalık eşlik ederken bu oran Tülüce'nin çalışmasında %65.5 olarak bulunmuştur (55, 56). Çalışmamızda %60 ile en yüksek oranda eşlik eden hastalığın hipertansiyon olduğu sonucuna varılmıştır. Birçok çalışmada da kalp yetersizliğine eşlik eden hastalığın yüksek oranda hipertansiyon olduğu ve bunu diabetes mellitusun takip ettiği görülmekte ve bu oranlar çalışmamızdaki oranlarla paralellik göstermektedir (34, 28, 46, 40). Kronik hastalıklar, işlev bozuklukları ve sakatlıklara yol açabilen, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere yol açar. Hastalık kişinin dengesini sarsar, yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin planlarına, günlük yaşamına ne kadar engel olursa o kadar ağır sorunlara sebep olur (44). Bu nedenle ikinci bir kronik hastalığın varlığı yaşam kalitesini ve hastaların öz bakım becerilerini yerini getirme düzeylerini olumsuz yönde etkileyeceği, bakım verenlerinin de bakım verme yükünün artacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %100'ü düzenli egzersiz yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Uslu'nun çalışmasında da hastaların büyük bir kısmının düzenli egzersiz yapmadıkları sonucuna varılırken Demir'in çalışmasında hastaların %57.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı sonucu dikkat çekmektedir (18, 56).

Hastaların %42'si düzenli uyku uyduklarını, %58'i ise düzenli uyku uyuyamadıklarını ifade etmişlerdir. Uyku düzeninin ardından günlük uyku saati süresine %13,3 hasta günlük saat, %30,0 hasta günlük 5 saat, %34,7 hasta günlük 6 saat, %22 hasta ise günlük 7 saat yanıtını vermişlerdir. Demir'in çalışmasında ise hastaların %44'ü uykularının düzenli olduğunu ifade ederken %56'sı uykularının düzensiz olduğunu ifade etmiştir. Elde edilen veriler çalışmamızla paralellik göstermektedir (18).

Araştırmaya katılan hastaların %20,7'si sigara kullanırken, %79,3'ü sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan hastaların %11,3'ü günlük 10 adet ve altı sigara kullanırken,

%5,3'ü günlük 10 ila 20 adet arası sigara kullanırken, %4,0'ı da günlük 20 adet ve üstü sigara kullanmaktadırlar. Aynı zamanda hastaların %6,0'ı alkol kullanırken, %94,0'ı alkol kullanmamaktadırlar. Alkol kullanan hastaların tamamı (%6'sı) ayda bir kadeh alkol kullanmaktadırlar.

Hastaların sigara kullanma/kullanmama oranları ve alkol kullanma/kullanmama oranları bir çok çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir (1, 18, 55, 56 ). Literatürde sigara içmenin özellikle kalp yetersizliği hastalarında çeşitli akciğer hastalıklarına sebep olduğu belirtilmektedir (34).

Diyete uyum (az tuzlu yeme durumu) sorgulandığında ise hastaların %77,3'ü diyetine uyum sağladığını, %22,7'si ise diyetine uyum sağlamadıklarını ifade etmişlerdir. Çaloğlu'nun çalışmasında hastaların %67,8'i diyetine uyarken, Demir'in çalışmasında hastaların %73,3'ü diyetlerine uyum göstermektedir (18). Hastaların diyetlerine uyum göstermeleri yaşam kalitelerinin artması ve öz bakım becerilerini yerine getirmeleri açısından sevindirici bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan hastaların %100'ü hastalığın yaşamlarını (aile/iş) olumsuz yönde etkilediklerini ifade etmişlerdir.

### **5.3. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların İncelenmesi:**

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin %15,3'ü erkek, %84,7'si kadın olup bakım verenlerin genel yaş ortalaması  $42\pm 9,65$ 'dir. Bakım verenlerin %82,7'sinin ev hanımı, %2,7'sinin memur, %4,0'ının işçi, %6,0'ının serbest meslek sahibi ve %4,7'sinin emekli olduğu saptanmıştır. Bir çok çalışma örneğinde de bakım verenlerin büyük bir kısmının kadın olduğu dikkat çekmiştir (25, 43, 59). Bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlardan oluşmasını, kadınlarda şefkat duygusunun daha ön planda olmasından ve kadının toplumda daha çok anne rolünde bulunmasından dolayı açıklayabiliriz. Akbıyık çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalamasını  $44\pm 15,21$  olarak bulmuştur. Yine aynı paralellikte Yaşar ve İnci'nin, Sarı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır (3,30,59,50).

Bakım verenlerin hastaların öz bakımını ve kendi bakım verme yüklerini önemli ölçüde etkileyebileceği düşünülen eğitim durumlarına bakıldığında %20,7'sinin okur-yazar olduğu, %61,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %8,0'ının ortaokul mezunu olduğu, %7,3'ünün lise mezunu olduğu ve %2,7'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Akbıyık'ın çalışması incelendiğinde %25,4'ü (n=49) okuryazar ve ilkokul mezunu, %30,3'ü (n=50) lise mezunu ve

%21,2'sinin üniversite mezunu olduğu görüldü. Vellone ve arkadaşları ise eğitim düzeylerinin eşit olduğunu, %15'8'inin ilkokul mezunu, %30'unun yüksek okul ağırlıklı ve %9'unun üniversite mezunu olduğunu göstermişlerdir (3, 57). Bu sonucun deneklerin rastgele seçilmiş olmasından ötürü olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin ekonomik durumuna baktığımızda %83,3'ünün gelirleri giderlerini karşılıyor iken, %16,7'sinin gelirleri giderlerini karşılamamaktadır. Bakım verenlerin %16,7'sinin ekonomik durumu hastalıktan etkilenirken, %83,3'ünün ekonomik durumu hastalıktan etkilenmemiştir. Ayrıca bakım verenlerin hiçbiri (%100'ü) hastalıktan ötürü işini bırakmak zorunda kalmamıştır. Bakım verenlerin sigara ve alkol kullanma oranlarına bakıldığında, %26,7'si sigara kullanırken, %73,3'ü sigara kullanmamaktadır, %16,0'ı alkol kullanırken, %84,0'ı alkol kullanmamaktadır. Sağlık sorunlarına baktığımızda ise araştırmaya katılan bakım verenlerin %30'unun sağlık sorunu bulunurken, %70'inde herhangi bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Bakım verenlerin %30'unda sağlık sorunlarının ortaya çıkması bakım vermesini etkilerken, %70'inde sağlık sorunu bulunmamasından ötürü böyle bir durum ifade edilmemiştir. Bakım verenlerin %29,3'ü sağlık sorunundan ötürü bakım vermesinin etkilenmesini gücünün azalmasına bağlı olarak ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %30,7'si hastanın eşi, %54,7'si hastanın kızı/oğlu, %14,7'si ise gelini/damadıdır. Çalışmamızdaki bakım verenlerin %74,7'si hastanın günlük işlerini yapmak için harcadığı saati 2 saat ve altı olarak ifade ederken, %25,3'ü 4 saat ve üstü olarak ifade etmişlerdir. Akbıyık çalışmasında bakım verenlerin % 81,5'inin hastanın eşi ya da çocukları olduğu, %60'ının hasta ile beraber yaşadığı, bakım verme süresinin ortalama 5 saat olduğunu saptarken, Vellone ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise bakım verenlerin %90'ının hastanın eşi ya da çocuğu olduğunu, %40'ının hasta ile beraber yaşadığını ve ortalama 9 saat bakım verdiklerini göstermişlerdir (3, 50).

Hastalara bakım vermeye başlama tarihlerine baktığımızda 1 yıl ve altı bakım veren %37,3 kişi, 2 yıldır bakım veren %25,3 kişi, 3 yıldır bakım veren %15,3 kişi, 4 yıldır ve üstü bakım veren %22,0 kişi bulunmaktadır. Araştırmadaki bakım verenlerin %16,0'ının bakmakla yükümlü olduğu başka bireyler varken, %84,0'ının bakmakla yükümlü olduğu başka bireyler yoktur.

Bakım vermede zorlandığını ifade eden %46,7 bakım verici bulunurken, %53,3'ü bakım vermede zorlanmadığını ifade etmişlerdir. Bakım vermede zorlandığını ifade eden %46,7 bakım verici bu durumun sebebi olarak 'yoruluyorum' açıklamasını yapmışlardır. Bakım

verenlerin %70,7'si hastanın temizlik işleri ile, %71,3'ü hastanın beslenme işleri ile, %57,3'ü hastanın hareketi ile, %16,0'ı hastanın boşaltımı ile, %85,3'ü hastanın tedavisi ile, 60,0'ı da hastanın ekonomik işleri ile ilgilendiklerini ifade etmişlerdir.

Bakım verenlerin %30,0'ı hastanın bakımında kendisine yardımcı başka kişilerin de olduğunu dile getirirken, %70,0'ı bakımda kendisine yardımcı başka kişilerin bulunmadığını ifade etmişlerdir. Bakımda kendisine yardımcı olan başka kişilerin de olduğunu ifade eden %1,3 bakım verici bu kişinin eşi olduğunu, %24,7 bakım verici bu kişinin kardeşi olduğunu, %4,0 'ı da bu kişinin çocuğu olduğunu dile getirmişlerdir.

Araştırmaya katılan %27,3 bakım veren hasta bakımında ailede güçlükler yaşadığını ifade ederken, %72,7'si ailede güçlükler yaşanmadığını ifade etmişlerdir. Bir yandan da bakım verenlerin %46,7'si bakım vermenin günlük yaşantılarını etkilediğini bu etkilenme durumlarını da 'yoruluyorum' şeklinde ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %53,3'ünün günlük yaşantılarının bakım vermeden ötürü etkilenmediklerini ifade etmişlerdir.

Bakım verenlerin %76,0'ı hastasını kontrol tarihlerinde doktora götürürken, %24,0'ı hastasını kötüleştikçe doktora götürmektedirler.

Bakım verenlerin %100'ü hastaya bakım vermede bilgi eksikliği yaşamaktadırlar. Birden fazla seçeneğin tercih edilebileceği bilgiye ulaşma kaynağı kısmında, bakım verenlerin %100'ü bilgiye doktordan, %46,7'si hemşireden, %22,0'ı internet/kitaptan, %20'si ise başka hastadan ulaşmaktadırlar. Bakım verenlerin bilgi alınan konu ile ilgili birden fazla seçeneğin tercih edilebileceği kısımda %100'ü hastalıkla ilgili, %74'ü hastalığın seyri ile ilgili, %100'ü tedavi ile ilgili, %24,7'si tedavinin yan etkileri ile ilgili, %48,7'si yapılacak tetkik ve kontrollerle ilgili, %16,7'si hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakım ile ilgili bilgi almaktadırlar.

#### **5.4. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği' ne Yönelik Bulguların İncelenmesi**

Kalp yetersizliğinde öz bakımın artışı hastaların yaşam kalitesi artışının bir göstergesidir. Günümüzde bakım vericiler kalp yetersizliği olan hastaların öz bakım gücünü arttırmaya yönelik uygulamalar yapmaktadır.

Araştırmamıza katılan hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeği puan ortalaması  $47,02 \pm 2,66$  'dır. Ölçekten alınacak en yüksek puan ortalaması **60** en düşük

puan ortalaması 12 'dir. Puan ortalaması arttıkça hastaların öz-bakım davranışlarını yeteri kadar yerine getirmedikleri anlaşılmaktadır. Pour ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında ölçek genel puan ortalamasını  $43,00 \pm 5,7$  olarak bulmuşlardır ve bizim çalışmamıza yakın bir paralellik göstermektedirler (48).

Baydemir ve arkadaşlarının çalışmasında kalp yetersizliği olan hastaların öz-bakımın yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (2013). Jaarsma ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise kalp yetersizliği olan hastalarının öz bakım davranışının yeterli olduğunu saptamıştır (2003). İsviçre, Hollanda ve İtalya gibi ülkelerde yapılan araştırma sonucunun verilerinde ise bu ülkelerin sosyoekonomik ve eğitim düzeyi ülkemizden yüksek olduğu için farklı sonuç ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Riegel ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ABD, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerle Meksika ve Tayvan gibi gelişmekte olan ülkelerdeki kalp yetersizliği hastalarının öz bakımı sürdürme ve öz bakım yönetimini karşılaştırmış ve her iki çalışmada da öz bakımın geliştirilmesi gereken önemli bir konu olduğu sonucuna varılmıştır (2009). İran'da yapılan bir araştırmaya göre yine kalp yetersizliği hastalarının öz-bakımı sürdürme ve yönetimi oldukça düşük olduğu gözlemlenmiştir (Siabani, Driscoll, Davidson ve Leeder 2014). Harkness ve arkadaşlarının araştırmamıza benzer şekilde kalp yetersizliği hastalarının öz bakım yönetiminin düşük olduğunu saptamıştır (2013). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımın gücünün ve öz bakım yönetiminin düşük olması önemli bir sorundur.

Kalp yetersizliği olan hastaların diyet kontrolü, sıvı kısıtlaması, egzersiz yapma, tuzun azaltılması, ilaç tedavisine uyumu öz-bakım becerisinin artırılması açısından dikkat çeken önemli becerilerdir. Çalışmamızda öz bakım davranışı değişkenlerine bakıldığında hastaların semptomları kötüleştiğinde doktor veya hemşireye haber verme davranışlarında yetersiz oldukları göze çarparken Pour ve arkadaşlarının çalışmalarında sıvı ve tuz kısıtlama, dinlenme, ilaç tedavisine uyum davranışlarında tamamen yetersiz oldukları; semptomlar kötüleştiğinde doktor ve hemşireye haber verme davranışlarında kısmen yetersiz oldukları dikkat çekmektedir (48). Jaarsma ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların çoğunlukla düzenli kilo takibi yapma, düzenli egzersiz yapma ve sorun olduğunda doktor veya hemşiresi ile temasa geçme gibi davranışlarda bulunduğu göze çarpman sonuçlar arasındadır (2003). Clark ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada öz-bakım yetersiz olan kalp yetersizliği hastalarının genellikle ilaç tedavisine uyum, kilo kontrolü ve düzenli fiziksel aktivite ve sodyumun azaltılması konularında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ifade edilmektedir (2014). Toplumumuzda kilo kontrolü ve spor yapma alışkanlığı bulunmamaktadır. Araştırmalar arasındaki farklılığın yine toplumsal yapı ve kültürel farklılıklardan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin cinsiyetleri açısından bir farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,48$ ). Pour ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre de hem erkek hem de kadınlarda öz-bakım davranışları yetersiz bulunmuştur ve kadınlar ile erkekler arasında öz-bakım davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,53$ ) (48). Cinsiyet faktörünün öz-bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeylerine etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin kalp yetersizliği sınıfları açısından bir farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların kalp yetersizliği sınıf grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0$ ). NYHA'ya göre evre II kalp yetersizliği olan hastaların ölçek puan ortalamaları **45,58±2,06** olup öz-bakımlarını diğer grup hastalara göre daha yeterli yerine getirebildikleri ileri analiz sonucunda saptanmıştır. Pour ve arkadaşlarının çalışmasında NYHA sınıflarına göre, III. sınıf hastalarda öz-bakım davranışları diğer hasta sınıflarına göre yetersiz ve IV. sınıf hastalarda öz-bakım davranışları diğer hasta sınıflarına göre yeterli olduğu bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (48). Baydemir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada katılımcıların büyük bölümü sınıf III ve IV hastalar olup araştırma sonucuna göre hastaların öz-bakım gücü oldukça düşük olarak belirlenmiştir (2013). Riegel ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre Avustralya'da araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının az bir bölümü (%20) sınıf III ve IV düzeyinde olup katılımcı dört ülke içinde öz-bakımı sürdürme puanı en yüksek olan grup tur (2009). Bununla birlikte Meksika'dan toplanan verilere göre katılımcıların %81,4'ü sınıf III ve IV düzeyinde olup yine tüm çalışma içerisinde öz-bakımı sürdürme puanı en düşük olan grup Meksika grubudur. Yine aynı araştırma sonucuna göre NYHA düzeyi öz-bakım inancı için bir belirleyicidir. Literatüre göre kalp yetersizliği hastalarında hastalık şiddetini belirlemek amacıyla NYHA sınıflaması kullanılmaktadır. Bu uluslararası sınıflamaya göre sınıf düzeyi arttıkça kalp yetersizliği derecesi artmakta ve belirtiler kötüleşmektedir. NYHA sınıf I düzeyindeki hastalar günlük yaşam aktiviteleri sırasında sorun yaşamamakta ancak hastalık derecesi arttıkça hasta günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremez hale gelmektedir (Badır 2010). Araştırmamıza NYHA sınıf I düzeyindeki hasta gurubu dahil edilmemiş olup elde ettiğimiz sonucumuz literatür bilgisi ile uyumludur.

Hastaların öz-bakım davranış düzeylerinin yaşları açısından bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında öz-bakım davranış düzeyleri toplam puanları ile hastaların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan ileri analiz



sonucunda 55 yaş altı grubun diğer yaş grupları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu anlaşılmış ve bu yaş grubunun öz-bakım davranışlarını yerine getirmede daha başarılı olduğu sonucuna varılmıştır.

### **5.5. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği 'ne Yönelik Bulguların İncelenmesi**

Kalp yetersizliği geriye dönüşü olmayan, ilerleyen ve ciddi sorunlar oluşturan bir durumdur ve bu tanı nedeniyle hastaneye yatma oranları yüksektir. Ayrıca bakım ve tedavi maliyetlerinin yüksek olması hasta ile birlikte ailesini de etkilemekte, bu nedenle kalp yetersizliği bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (42). Bu kadar ciddi sonuçlar doğuran kalp yetersizliği en çok bakım verenleri etkilemektedir.

Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanı ile bakım vermede yaşanan sıkıntı doğru orantılı olarak artıp veya azalmaktadır. Araştırmamıza katılan bakım verenlerin Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği 'ne göre toplam ölçek puanları  $33,06 \pm 10,34$ 'dür.

Bekdemir çalışmasında yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamasını  $43,56 \pm 15,05$  olarak bulmuştur. Tang ve ark. (2013) demanslı hastaya bakım verenler üzerine yaptığı çalışmasında BVYÖ puan ortalaması 26.6, Morimoto ve Schreiner (2003) çalışmalarında BVYÖ puan ortalaması  $28,33 \pm 13,07$ , Öner (2012) onkoloji hastalarında yaptığı araştırmasında BVYÖ puan ortalamasını  $32,11 \pm 12,44$ , Mollaoğlu ve ark. (2011) çalışmalarında inmeli hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalaması  $33,02 \pm 15,92$  bulmuştur. Bu araştırmalara dayanarak, araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin yüksek düzeyde bakım verme güçlüğü yaşamadıkları söylenebilir. Bu durum hasta ile aynı evi paylaşmanın kültürel olarak kabul görmesinden ve bakım verenlerin hasta bakımını kendi sorumlulukları olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Araştırmada cinsiyet değişkenine bakıldığında bakım veren yükünü etkileyen bir faktör olduğu gözlemlenmiştir. Kadın bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması erkek bakım verenlerden daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır. Bekdemir'in çalışmasında bakım veren bireylerin cinsiyetine göre BVYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadın bakım veren bireylerin BVYÖ puan ortalaması, erkek bakım veren bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuş olup çalışmamızla aynı yönde paralellik göstermektedir (12).

Bakım verenlerin bakım verme davranışını gerçekleştirirken hissettikleri duygularının yaşları açısından bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bakım verme yükü duygularının toplam puanları ile bakım verenlerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 40 yaş ve altı, 40-50 yaş arası, 50 yaş ve üstü olan üç yaş gurubundan 50 yaş ve üstü olan grup anlamlı farklılığı oluşturmakta ve diğer yaş guruplarına göre bakım vermede zorlandıkları sonucuna varılmaktadır. Tülüce' nin araştırma sonunca göre ise bakım verenlerin yaşı ile toplam BVYÖ puanı arasında pozitif doğrusal ilişki olduğu, yaş arttıkça toplam BVYÖ puanının arttığı görülmüştür (55). Bu durum, bakım verenlerin yaşı arttıkça sağlık problemlerinin de artması ve kendilerini daha yorgun hissetmeleri ile ilişkili olabilir. Evangelista ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaş arttıkça bakım yükünün arttığı ayrıca kadınların bakım yüklerinin erkeklere göre daha fazla olduğu ve bu nedenle bakım veren bireylerin bakım yüklerini belirlerken yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (22).

Araştırmamızda örnekleme katılan bakım verenlerin, eğitim durumları ile ZBVYÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmamızda eğitim durumları okur-yazar olma, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olarak beş farklı grup bulunmaktadır. Anlamlı farklılığı okur-yazar olan grup oluşturmakta ve bu grubun bakım vermede diğer eğitim durumundaki kişilere göre zorlandıkları sonucuna varılmaktadır. Tülüce'nin çalışmasında bakım veren bireylerin eğitim durumu ile BVYÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar olanların BVYÖ puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, ancak eğitim durumu ile BVYÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Akça ve Taşçı'nın yapmış olduğu çalışmada da bakım veren bireylerden okuma yazma bilmeyenlerin, evlilerin, yaşlı olanların ve çalışmayanların bakım yüklerinin diğer gruplara göre arttığı ve günlük yaşamlarında da bu durumdan daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir (4).

Bakım verenlerin mesleği ile bakım verme yükü arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ve ev hanımlarının bakım verme yükünün diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Tülüce'nin çalışmasında bakım veren bireylerin mesleği ile BVYÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; işçilerin bakım verme yükünün diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu, ancak meslekler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (55).

Araştırma örnekleminimizdeki bakım verenlerin bakım verme yüklerinin hasta ile olan yakınlık derecesi arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklılık göze çarpmıştır. Anlamlı

farklılığı oluşturan grup eşlerine bakım veren grup olup akrabalık dereceleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Tülüce'nin çalışmasında da bakım veren bireylerin hastalarla olan akrabalık derecesi ile BVYÖ puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; eşlerine bakım veren bireylerin BVYÖ puan 41 ortalamasının daha yüksek olmasına rağmen, akrabalık dereceleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (55).

Örneğimizdeki bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması ile bakım vermeye başlama zamanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,04$ ). Bakım vermeye başlama zamanları 1 yıl ve altı, 2 yıl, 3 yıl, 4 yıl ve üstü olarak gruplanmıştır. 1 yıl altı bakım veren grubun 3 yıldır bakım veren grup ile 4 yıl ve üstü bakım veren grup arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna varılmıştır. Tülüce çalışmasında 10 yıl ve daha fazla süreyle tanı alan hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğunu, ancak tanı süresi ile BVYÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (55). Çetinkaya ve Karadakovan (2012) demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yüklerinin incelendiği araştırmalarında bakım verme süresi arttıkça hasta yakınlarının bakım yüklerinin arttığı belirlenmiştir. Uzun yıllardır tedavi gören hastaların yaşadıkları semptomların artması ile bakım verenlerin bakım yükünün artabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım verenler, hastaların temizlik (%37,59), beslenme (%37), hareket (38,30), boşaltım (48,46), tedavi (34,77) ve ekonomik işlerini (32,39) karşılamaktadırlar. Ekonomik işler dışında hastanın karşılanan bütün ihtiyaçlarının ZBVYÖ üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır. Duru ve Aşiret inmeli hastaların bakım verenleri üzerine yaptığı çalışmalarında bakım verenlerin bakımda yaptığı işlerin temizlik (%88.6), beslenme (%82.9), tedavi (%77.1), hareket (%70), ekonomik işler (%68.6), boşaltım (%57.1) olarak belirlemiştir. Temizlik ve ekonomik alanlarla ilgili işleri yapan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortancası karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada, kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlerde bakım yükünün arttığı ve özellikle sadece okur yazar olan, eşlerine bakım veren, 1 yıldan fazla süredir bakım veren, 50 yaş üzerindeki bakım vericilerin ve hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan bakım vericilerin bakım yüklerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

## BÖLÜM VI

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. SONUÇ

1. Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım gücü düşüktür.
2. Kalp yetersizliği hastalarına bakım verenlerin bakım veren yükü yüksektir.
3. Kalp yetersizliği hastalarından öz bakımlarını gerçekleştirme düzeyi düşük olan hastaların bakım verenlerinin bakım veren yükü yüksektir.

#### 6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızda kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeyleri ve bakım verenleri üzerindeki bakım verme yükü değerlendirilmiştir. **Çalışma sonucundaki önerilerimiz;**

##### **Hastalara yönelik;**

- Sağlık çalışanları tarafından kalp yetersizliği olan hastaların öz-bakım davranışlarını, öz-bakım gücünü belirlemek ve geliştirmek amacı ile geniş kapsamlı çalışmalar yapılabilmektedir,
- Hastalara hastalığı, öz-bakımı ve tedavisine ilişkin eğitimler verilebilir ve bu doğrultuda hastaların öz bakım davranışlarının geliştirilmesi, verilen bilgilerin hastaların gereksinimlerine göre belirli aralıklarla tekrarlanması sağlanabilir.

##### **Bakım verenlere yönelik;**

- Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren bireylerin bakım yüklerinin sağlık personeli tarafından aralıklarla değerlendirilmesi ve bakım yükünün azaltılmasına yönelik girişimlerin yapılması,
- Özellikle ileri yaş grubundaki bakım vericilerinin desteklenmesi,

- Hemşirelerin sadece bakım verdikleri hastanın gereksinimlerini değil bakım veren bireylerin de gereksinimlerinin farkında olmaları ve hastalarına verecekleri bakımı planlarken bakım veren bireylerin ihtiyaçlarını da hemşirelik sürecine dahil etmeleri,
- Bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü azaltmada evde bakım ve toplum destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Ülkemizde bakım verme yükünü belirlemeye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olması nedeni ile yeni çalışmalar yapılarak konu ile ilgili literatürün zenginleştirilmesi önerilebilir.



## KAYNAKLAR

1. Agren, S., Evangelista, L., Strömberg, A. (2010). Do Partners of Patients with Chronic Heart Failure Experience Caregiver Burden? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9: 254-262.
2. Akay, B., Durmaz Akyol, A. (2014). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin Öz Bakım Gücüne Olan Etkisinin İncelenmesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*; 5(8):75-88.
3. Akbıyık, G. (2015). Kalp Yetersizliği Öz Bakımına Bakım Veren Katkısı Ölçeği Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
4. Akça N.K, Taşçı S. (2005). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 14 (Ek Sayı Hemşirelik Özel Sayısı), 30-36.
5. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İstanbul, SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003; 18-21
6. Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastaların Psikososyal Uyumu Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2):1-7.
7. Aksel, G.D. (2010). Kronik hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, *Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Lefkoşa.
8. Aktoz, M. (2010). Poliklinikte Kalp Yetersizliği Hastası Takibi ve Tedavisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1: 57-62.
9. Alper M, Öztürk M, Selçukbiricik S. Dahili Bilimler. İstanbul: Nobel Kitapevleri, 2000: 15-20.
10. Basar, I., Demiroğlu, C. (2000). Kalp Hastalıkları Tıbbi Tedavisi. Baskı 4. İstanbul, 153-164.
11. Baydemir, C., Özdemir, K., Ünalır, A. (2013). Validity of The Turkish Version of The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 3:579-9.

12. Bekdemir, A., (2014). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bakım Yükünün Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
13. Büyüköztürk, K., Er zengin, F. (2007). İç Hastalıkları. (Ed: Büyüköztürk, K.). Cilt 2. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 1751-1791.
14. Cankurtaran, M., Arıoğul, S. (2004). Yaşlıda Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisi. Klinik Gelişim, 17(2): 90-100.
15. Catherine, M. (2005). Chronic Heart Failure. Practice Nurse, 30(5).
16. Conceição, A.P., dos Santos, M.A., dos Santos, B., dos Cruz, D.A.L.M. (2015). Self-Care in Heart Failure Patients, Rev.Latino-Am.Enfermagem, 23(4):578-86.
17. Cowie MR, Wood DA, Coats A. et al. Survival Of Patients With A New Diagnosis of Heart Failure: A Population-Based Study, 2000; 83: 505-510
18. Demir, M. (2008). Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Edirne.
19. Demir M, Unsar S. Assessment of quality of life and activities of daily living in Turkish patients with heart failure. Int J Nurs Pract 2011;17(6):607-14.
20. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ et al. ESC Guideles For The Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008: The Task Force For Thee Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008 of The European Society of Cardiology. European of Heart Journal, 2008; 29 (19): 2388-2442
21. Dolar E. İç Hastalıkları. İstanbul: Nobel Kitapevi, 2005:19-30.
22. Evangelista LS, Dracup K, Doering L, Westloke C, Fenarow GC, Hamiltom M. Emotional well-being of heart failure patient and their caregivers. J C ard Fail. 2002 oct;8(5):300-5.
23. Falk S, Wahn A, Lidell E. Keeping The Maintenance Of Daily Life In Spite Of Chronic Heart Failure. AQualitative Study, European Journal Of Cardiovascular Nursing 2006; doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.09.002
24. Franzen K, Blomqvist K, Saveman B. Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: a validation study. Eur J Cardiovasc Nur 2006; 5:137-145.
25. Garlo K., O'Leary JR., Van Ness PH., Fried TR., Burden in caregivers of older adults with advanced illness, Journal Of The American Geriatrics Society. 2010, Dec;58 (12):2315-22.

26. Givertz, MM., Colucci, WS., Braunwald, E. (2008). Kalp Hastalıkları. (Ed: Zipes, D., Libby, P., Bonow, R., Braunwald, E.). Cilt 1. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 539-599.
27. Hagglund, L, Boman, K., Olofsson, M., Brulin, C. (2007). Fatigue And Health-Related Quality Of Life Mn Eldery Patients With And Without Heart Failure Mn Primary Healthcare. *European Journal Of Cardivascular Nursing*, 6: 208-215.
28. Heo, S., Lennie, TA., Okoli, C., Moser, DK. (2009). Quality of Life in Patients With Heart Failure: Ask The Patients. *Heart and Lung*, 38(2): 100- 106.
29. İlerigelen, B. (2010). Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. *Türk Geriatri Dergisi*, Özel Sayı 2:21-32
30. İnci FH. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği, Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006 Denizli, 74 sayfa (Yrd. Doç. Dr. Müyesser Erdem)
31. İnci, F.H., Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe' ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:4
32. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer H, Dracup K, Diederiks J. Self- care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000; 29 (5): 319-330. <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2000.108323>
33. Johnson B, Beck K, Olson L ve ark. Pulmonary Function in Patients With Reduced Left Ventricular Function: Influence of Smoking and Cardiac Surgery, *Chest* 2001; 120:1869-1876
34. Johansson, P., Dahlström, U., Broström, A. (2006). Factors and Interventions Influencing Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure: A Review of The Literature. *European Journal of Cardivascular Nursing*, 5: 5-15
35. Kahraman, G., Ural, D. (2004). Klinik Kardiyoloji, Kalp Yetersizliği ve Sok Semdromu. (Ed: Komsuoglu, B.). Nobel Tıp Kitabevleri. 377-410
36. Karaca, S., Mert, H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14:3
37. Kepez, A., Kabakçı, G. (2004). Kalp Yetersizliği Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35: 69-81
38. Khan, G. (2002). Kalp Yetersizliği. Mçinde: Kalp Hastalıkları Tanı ve Tedavisinde Pratik Bir Yaklaşım. 4. Baskı, (Ed: Canbek En). Turgut Yayıncılık ve Ticaret A. S., Mstanbul, 187-228.



39. Koelling, TM., Cody, RJ. (2007). Sol Ventriküler Sistolik Disfonksiyona Bağlı Kalp Yetmezliği. *Pratik Kardiyoloji*, (Çev. Ed. Keles, M. ). Mstanbul Tıp Kitabevi, Mstanbul. 207,
40. Komorovsky R, Desideri A, Rozbowski P, Sabbadin D, Celepan L, Gregori D. Quality of life and behavioral compliance in cardiac rehabilitation patients: a longitudinal survey. *Int J Nurs Stud* 2008 Jul;45(7):979-85
41. Korkmaz, ME. (2003). Kalp Yetmezliği Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Tıp Dergisi*. 10 (1): 36-42.
42. Linné AB, Liedholm H, Jendteg S, Israelsson B. Health care costs of heart failure: results from a randomised study of patient education. *Eur J Heart Fail* 2000 Sep; 2(3): 291-7
43. Luttik ML., Jaarsma T., Veeger N., Tijssen J., Sandermann R., Van Veldhuisen DJ., Caregiver burden in partners of heart failure; limited influence of disease severity; *European Journal Of Heart Failure*, 2007, Jun- Jul; 9(6); 695-701
44. Mete, HE. (2008). Konik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11 (Ek3): 3-18
45. Mosterd, A., Hoes, AW. (2007). Clinical Epidemiology of Heart Failure. *Heart*, 93: 1137-1146,
46. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;21: 63-77
47. Pehlivanoglu, S. (2007). Ed: Enar, R., Temel Kardiyoloji, Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Nobel Tıp Kitabevleri. Mstanbul, 537-549
48. Pour, HA., Gökçe, S., Kunter, D., Yöner, H. (2016). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Derg*, 2016; 24(2): 66-71.
49. Roger, VL., Weston, SA., Redfield, MM., Hellerman-Homan, JP., Killian, J., Yawn, B., Jacobsen, SJ. (2004). Trends in Heart Failure Incidence and Survival in a Community-Based Population. *JAMA*, 292(3): 344-349
50. Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt 26, Sayı 1, 2010, s: 1-10
51. Stewart, S., MacIntyre, K., Hole, DJ., Capewell, S., McMurray, JJ. (2001) More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2001 Jun;3(3):315-22

52. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure a randomised controlled; multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns* 2006; 64:128-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.12.007>
53. Tandogan, M. (2007). Kardiyoloji. (Ed: Cin, G.). Cilt 7. Nobel Tıp Kitabevleri. Mstanbul, 34-40
54. TKD, (2007). Kalp Yetersizligi, Akut Koroner Sendromlar, HipertansiyonHemsirelikBakımKılavuzu.[http://www.tkdonline.org/kilavuzlar/ulusal/TKD\\_Kalp\\_Yetersizligi](http://www.tkdonline.org/kilavuzlar/ulusal/TKD_Kalp_Yetersizligi) Son Erisim Tarihi:10.12.2010
55. Tülüce, D. (2012). Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.
56. Uslu, H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
57. Vellone, E., Riegel, B., Cocchieri, A., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Glaser, D., ... & Alvaro, R. (2013). Validity and reliability of the caregiver contribution to self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(3), 245-255.)
58. Wheeldon NM, MacDonald TM, Flucker CJ, McKendrick AD, McDevitt DG, Struthers AD. Echocardiography in chronic heart failure in the community. *Q J Med*. 1993 Jan;86(1):17-23.
59. Yaşar EK. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2009 İzmir, 121 sayfa (Prof. Dr. Ayla Bayık Temel)
60. Zambroski, CH., Moser, DK., Bhat, G., Ziegler, C. (2005). Impact of Symptom Prevalence and Symptom Burden on Quality of Life in Patients with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 198-206

## EKLER

### EK-I -HASTA TANILAMA FORMU

#### I.KİŞİSEL ÖZELLİKLER

##### 1. Cinsiyet

- 1) Erkek
- 2) Kadın

##### 2. Yaşınız: .....

##### 3. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Üniversite
- 7) Lisansüstü

##### 4. Mesleğiniz nedir?

- 1) Ev Hanımı
- 2) Memur
- 3) İşçi
- 4) Serbest Meslek
- 5) Emekli
- 6) Diğer....

##### 5. Medeni Durumunuz nedir?

- 1) Evli
- 2) Bekar
- 3) Dul

#### II. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

##### 6. Kalp yetmezliği sınıfı (NYHA)...

- 1) NYHA II
- 2) NYHA III
- 3) NYHA IV

##### 7. Ailenizde kalp hastası olan var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

##### 8. Hastalığınız ne kadar süre önce teşhis edildi?.....

##### 9. Hastaneye hiç yattınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

##### 10. Hastaneye kaç defa yattınız?.....

**11. Kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığınız var mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**12. Kalp yetersizliğine eşlik eden hastalığınız/hastalıklarınız nedir?**

- 1) Hipertansiyon
- 2) Solunum sistemi hastalıkları
- 3) Diabetes mellitus
- 4) Romatizmal Hastalıklar
- 5) Konjenital Hastalıklar
- 6) Diğer.....

**13. şu an kullanmakta olduğunuz ilaçlar nelerdir?**

- 1) Anjiyotensin reseptör blokerleri
- 2) ACE inhibitörleri
- 3) Beta blokerler
- 4) Furosemide
- 5) Digoksin
- 6) Diğer.....

**14. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**15. Düzenli egzersiz yapar mısınız?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**16. Ne kadar sıklıkla kilo takibi yapıyorsunuz?.....**

**17. Uykunuz düzenli mi?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**18. Günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz?.....**

**19. Sigara kullanıyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**20. Kullanıyorsanız ne kadar?.....**

**21. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır**

**22. Kullanıyorsanız ne kadar?.....**

**23. Diyetinize (az tuzlu) uyum sağlıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır**

**24. Hastalığınız yaşamınızı (aile/iş) olumsuz yönde etkiledi mi? 1) Evet 2) Hayır**

## EK- II -BAKIM VEREN TANILAMAFORMU

### 1. Cinsiyet

- 1) Erkek
- 2) Kadın

### 2. Yaşınız: .....

### 3. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Üniversite
- 7) Lisansüstü

### 4. Mesleğiniz nedir?

- 1) Ev Hanımı
- 2) Memur
- 3) İşçi
- 4) Serbest Meslek
- 5) Emekli
- 6) Diğer....

### 5. Medeni Durumunuz nedir?

- 1) Evli
- 2) Bekar
- 3) Dul

### 6. Ekonomik durumunuz nedir?

- 1) Gelirler giderleri karşılıyor
- 2) Gelirler giderleri karşılamıyor

### 7. Ekonomik durumunuz hastalıktan etkilendi mi?

- 1) Etkilendi (Açıklama..... )
- 2) Etkilenmedi

### 8. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

### 9. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır

### 10. Herhangi bir sağlık sorununuz/hastalığınız var mı?

- 1) Evet (Açıklama.....)
- 2) Hayır

### 11. Hastalığınızın ortaya çıkması bakım vermenizi etkiledi mi?

- 1) Evet (Açıklama.....)
- 2) Hayır

### 12. Hasta ile olan yakınlık dereceniz nedir?

- 1) Eşiyim
- 2) Kızıyım/Oğluyum
- 3) Geliniyim/Damadıyım

- 4) Torunuyum
- 5) Akrabasıyım
- 6) Diğer.....

**13. Bakım vermeye başlama tarihiniz.....**

**14. Bakmakla yükümlü olduğunuz/bakımında size bağımlı olan başka bireyler var mı?**

- 1) Evet (Yakınlık dereceniz.....)
- 2) Hayır

**15. Hastanın günlük işlerini yapmak için günlük kaç saat harcıyorsunuz?.....**

**16. Bakım vermede zorlanıyor musunuz?**

- 1) Evet (Açıklama.....)
- 2) Hayır

**17. Hastanın bakımında yaptığınız işler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Temizlik
- 2) Beslenme
- 3) Hareket
- 4) Boşaltım
- 5) Tedavi
- 6) Ekonomik işler
- 7) Diğer.....

**18. Hastanın bakımında size yardımcı olan kişiler var mı?**

- 1) Evet (kaç kişi.....)
- 2) Hayır

**19. Hastanın bakımı ile ilgili ailede güçlükler yaşıyor mu?**

- 1) Evet (Açıklama.....)
- 2) Hayır

**20. Bakım vermek günlük yaşamınızı etkiliyor mu?**

- 1) Evet (Açıklama.....)
- 2) Hayır

**21. Hastanızı hangi sıklıkta doktora götürüyorsunuz?.....**

**22. Hastanıza bakım vermede bilgi gereksinimine ihtiyaç duyuyor musunuz?**

- 1) Evet 2) Hayır

**23. Bilgiye ulaştığınız kaynaklar nelerdir?**

- 1) Doktor
- 2) Hemşire
- 3) İnternet/kitap
- 4) Başka hasta
- 5) Diğer

**24. Hangi konularda bilgi alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Hastalıkla ilgili
- 2) Hastalığın seyri ile ilgili
- 3) Tedavi ile ilgili
- 4) Tedavinin yan etkileri ile ilgili
- 5) Yapılacak tetkikler ve kontroller ile ilgili
- 6) Hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakım ile ilgili

**25. Hasta bakımınızda yükünüzü azaltabileceğine inandığımız öneriler var mı?.....**

**Varsa nelerdir?.....**

### EK III- AVRUPA KALP YETERSİZLİĞİ ÖZ-BAKIM DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kalp yetersizliğinde öz bakım ile ilgili ifadelerden oluşmaktadır. Sizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz numarayı daire içine alarak her bir ifadeye yanıt veriniz. Seçeneklerin her biri birbirinden farklı olup ‘Tamamen katılıyorum’ (1)’den ‘Hiçbir şekilde katılmıyorum’ dan (5)’ e kadar değiştiğini göz önünde bulundurunuz. Herhangi bir ifade konusunda kararsız olsanız dahi, sizin için en doğru olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içerisine işaretleyiniz

| No | İfadeler  |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1  | Her gün tartılırım  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2  | Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatmak, dinlenmek) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3  | Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4  | Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5  | Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6  | İçtiğim sıvı miktarını kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere)                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7  | Gün içinde dinlenirim   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8  | Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9  | Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Her yıl grip aşısı olurum   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Düzenli egzersiz yaparım  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### EK IV- ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra, sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

|   | <b>Hiçbir zaman (0)</b> | <b>Nadiren (1)</b> | <b>Bazen (2)</b> | <b>Oldukça sık (3)</b> | <b>Hemen her zaman (4)</b> |
|---|-------------------------|--------------------|------------------|------------------------|----------------------------|
| 1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?                                    |                         |                    |                  |                        |                            |
| 2. Yakınınıza harcadığımız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?              |                         |                    |                  |                        |                            |
| 3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz? |                         |                    |                  |                        |                            |
| 4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?  |                         |                    |                  |                        |                            |
| 5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?   |                         |                    |                  |                        |                            |
| 6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? |                         |                    |                  |                        |                            |
| 7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?   |                         |                    |                  |                        |                            |
| 8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?   |                         |                    |                  |                        |                            |
| 9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?   |                         |                    |                  |                        |                            |
| 10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığımızı bozduğunu  |                         |                    |                  |                        |                            |



|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| düşünüyor musunuz?  |  |  |  |  |  |
| 11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?           |  |  |  |  |  |
| 12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?                               |  |  |  |  |  |
| 13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?    |  |  |  |  |  |
| 14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?              |  |  |  |  |  |
| 15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz? |  |  |  |  |  |
| 16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?                               |  |  |  |  |  |
| 17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?               |  |  |  |  |  |
| 18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?                                    |  |  |  |  |  |
| 19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?                          |  |  |  |  |  |
| 20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?                          |  |  |  |  |  |
| 21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?                |  |  |  |  |  |
| 22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?  |  |  |  |  |  |

# EK V- AVRUPA KALP YETERSİZLİĞİ ÖZ-BAKIM DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ

Outlook.com

+Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Şuraya taşı Kategoriler

E-postada ara

Klasörler

Gelen kutusu 1

Gereksiz 5

Tasleklar

Gönderilmiş

Silinmiş

POP

Yeni klasör

Re: ÖLÇEK İZİNİ

CANAN BAYDEMİR (canand@ogu.edu.tr) Kişilere ekle 10.04.2016

Kime: yurdagül uysal

Yurdagül hanım merhaba  
ölçeği kullanabilirsiniz benim yayınıma da referanslara koyarsanız sevirim selamlar  
Canan Baydemir

----- Orjinal Mesaj -----  
Kimden: "yurdagül uysal" <yurdum\_07@hotmail.com>  
Kime: canand@ogu.edu.tr  
Gönderilenler: 10 Nisan Pazar 2016 20:12:44  
Konu: ÖLÇEK İZİNİ

## EK VI- ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ

Outlook.com

+ Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Şuraya taşı Kategoriler

E-postada ara

Klasörler

Gelen kutusu 1

Gereksiz 5

Taslaklar

Gönderilmiş

Silinmiş

POP

Yeni klasör

Re: ÖLÇEK İZİNİ

1 ek (36,4 KB)

BAKIM VERME YÜK...

Zip olarak indir OneDrive'a kaydet

Sayın Uysal,

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H., & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik

**EK VII- İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA  
HASTANESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL  
ONAY FORMU**



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU  
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR  
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta [ikcetik2@gmail.com](mailto:ikcetik2@gmail.com))

**Doç. Dr. Yasemin TOKEM**  
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Karar No: 98  
Tarih : 21.04.2016

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından **Doç. Dr. Yasemin TOKEM** sorumluluğunda yapılması planlanan "**Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Becerilerini Gerçekleştirme Düzeylerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi**" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Recep SÜTÇÜ  
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

## EK VIII- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### (Kalp Yetersizliği Hastaları İçin)

*[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]*

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

#### 1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

##### **Araştırmanın Adı: Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Becerilerini Gerçekleştirme Düzeylerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi**

**Araştırmanın İçeriği:** Kalp yetersizliği, tüm dünyada ve ülkemizde sık karşılaşılan ciddi sağlık problemlerinden biridir. Yalnızca hastalık boyutu ile ilgili değil, aynı zamanda hastaneye sık yatışlar ve bozulmuş yaşam kalitesi ile karakterize bir hastalıktır. Diğer kronik hastalıklara oranla hastaneye yatışların sık olmasından kaynaklı hastaların öz bakımlarını ne kadar yerine getirebildikleri son derece önemlidir. Ayrıca yaşam kalitesini fazla oranda etkilemesinden dolayı bu hastalıkta bakım verici yükü çok önemlidir. Bu amaçla çalışmamızın, kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini ne oranda yerine getirebildiklerini ve bakım vericilerin yükü üzerinde ne derece etkili olacağı sonucuna ulaşılmasında yön gösterici olacağı düşünülmektedir.

**Araştırmanın Amacı:** Bu araştırmanın amacı; kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemektir

**Araştırmanın Öngörülen Süresi:** Araştırmanın planlanması, tez önerisi olarak sunulması, veri toplanması, veri analizi ve yorumlanması, tez olarak yazımını içeren tüm süreçlerin Eylül 2015- Eylül 2016 arasını kapsayan 1 yıl içerisinde tamamlanması planlanmıştır. Veri toplama süresi Mayıs- Eylül 2016 aylarını kapsayacaktır.

**Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde ve Polikliniğinde belirtilen tarihler arasında klinikte yatışı yapılan veya Polikliniğe kontrol amaçlı başvuran tüm kalp yetersizliği hastaları oluşturacaktır. Beklenen ortalama sayı 100-120'dir.

##### **Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:**

*(Araştırmada gönüllüye uygulanacak yöntemler ve tedaviler / (varsa invaziv girişimler) hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.)*

Araştırma yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formları ve ölçekler kullanılarak yapılacaktır. Formlar ve ölçekler, kalp yetersizliği hastalarına uygulanacaktır.

## **2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):**

Bu araştırmada beklenen yararlar; kalp yetersizliği hastalarının öz bakımlarını ne derecede yerine getirebildikleri belirlenerek, öz bakım davranışı yetersiz olan kalp yetersizliği hastalarına eksik oldukları öz bakım davranışları kazandırılması ve gerekli eğitimlerin verilmesi şeklinde planlanmaktadır.

**3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:** Araştırmada anket formlarına isim yazılması gerekmemektedir. Araştırma verileri özel bir amaç için kullanılmayacaktır. Sadece bilimsel alanda, etik kurallar çerçevesinde kullanımı söz konusu olup, bu amaç dışında kullanılmayıp veriler gizli tutulacaktır.

## **4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:**

Araştırmadan beklenen direkt tıbbi yarar bulunmamaktadır.

**5.GEBELİK:** Araştırma; bir anket çalışmasıdır. Anket formlarının doldurulmasının veya soru içeriğinin gebelik veya gebe olma ile olumsuz bir etkisi/yan etkisi bulunmamaktadır. Gebe olan kalp yetersizliği hastaları araştırmaya katılabilir.

**6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME:** Araştırma herhangi bir girişim veya tedavi yaklaşımı içermemektedir. Katılım kararı hastalara bağlıdır.

**7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI:** Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırma kapsamı dışında bırakılacaktır.

## **8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI:**

Araştırma kapsamındaki tüm harcamalar araştırmacılar tarafından bireysel olarak karşılanacaktır.

## **9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

## **10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT**

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun yaşadığınız durumda aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

***Yurdagül TEKİN***

Telefon: 0506-461 16 33

### **11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:**

Çalışma kapsamında oluşacağı düşünülen zararlar bulunmamaktadır.

### **12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:**

1. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
2. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
3. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmedığimi biliyorum.
4. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacıya ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

### **13.GİZLİLİK:**

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimlik bilgileri kesin olarak gizli tutulacaktır.

### **14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

*Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.*

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmza:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....  
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:





## EK IX- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Birincil Düzeyde Bakım Verenler İçin)

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

### 1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

**Araştırmanın Adı:** Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Becerilerini Gerçekleştirme Düzeylerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi

**Araştırmanın İçeriği:** Kalp yetersizliği, tüm dünyada ve ülkemizde sık karşılaşılan ciddi sağlık problemlerinden biridir. Yalnızca hastalık boyutu ile ilgili değil, aynı zamanda hastaneye sık yatışlar ve bozulmuş yaşam kalitesi ile karakterize bir hastalıktır. Diğer kronik hastalıklara oranla hastaneye yatışların sık olmasından kaynaklı hastaların öz bakımlarını ne kadar yerine getirebildikleri son derece önemlidir. Ayrıca yaşam kalitesini fazla oranda etkilemesinden dolayı bu hastalıkta bakım verici yükü çok önemlidir. Bu amaçla çalışmamızın, kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini ne oranda yerine getirebildiklerini ve bakım vericilerin yükü üzerinde ne derece etkili olacağı sonucuna ulaşılmasında yön gösterici olacağı düşünülmektedir.

**Araştırmanın Amacı:** Bu araştırmanın amacı; kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemektir

**Araştırmanın Öngörülen Süresi:** Araştırmanın planlanması, tez önerisi olarak sunulması, veri toplanması, veri analizi ve yorumlanması, tez olarak yazımını içeren tüm süreçlerin Eylül 2015- Eylül 2016 arasını kapsayan 1 yıl içerisinde tamamlanması planlanmıştır. Veri toplama süresi Mayıs- Eylül 2016 aylarını kapsayacaktır.

**Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde ve Polikliniğinde belirtilen tarihler arasında klinikte yatışı yapılan veya Polikliniğe kontrol amaçlı başvuran tüm kalp yetersizliği hastaları oluşturacaktır. Beklenen ortalama sayı 100-120'dir.

### Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

*(Araştırmada gönüllüye uygulanacak yöntemler ve tedaviler / (varsa invaziv girişimler) hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.)*

Araştırma yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formları ve ölçekler kullanılarak yapılacaktır. Formlar ve ölçekler, kalp yetersizliği hastalarının birincil derecede bakım verenlerine uygulanacaktır.

### 2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmada beklenen yararlar; öz bakım davranışları yetersiz olan kalp yetersizliği hastalarının birincil derecede bakım verenlerinin bu durumdan ne derece etkilendikleri ve bu durumun bakım yükleri üzerinde artmaya neden olması halinde, bakım verenlere bakım

yüklerini azaltmaya yönelik gerekli desteklerin ve eğitimlerin verilmesi, bakım yüklerinin en aza indirilmesi şeklinde planlanmaktadır.

**3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:** Araştırmada anket formlarına isim yazılması gerekmemektedir. Araştırma verileri özel bir amaç için kullanılmayacaktır. Sadece bilimsel alanda, etik kurallar çerçevesinde kullanımı söz konusu olup, bu amaç dışında kullanılmayıp veriler gizli tutulacaktır.

**4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:**

Araştırmadan beklenen direkt tıbbi yarar bulunmamaktadır.

**5.GEBELİK** Araştırma; bir anket çalışmasıdır. Anket formlarının doldurulmasının veya soru içeriğinin gebelik veya gebe olma ile olumsuz bir etkisi/yan etkisi bulunmamaktadır. Gebe olan birincil düzeyde bakım vericiler araştırmaya katılabilir.

**6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME:** Araştırma herhangi bir girişim veya tedavi yaklaşımı içermemektedir. Katılım kararı birincil düzeyde bakın verenlere bağlıdır.

**7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI:** Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bakım verenler araştırma kapsamı dışında bırakılacaktır.

**8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI:**

Araştırma kapsamındaki tüm harcamalar araştırmacılar tarafından bireysel olarak karşılanacaktır.

**9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT**

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun yaşadığımız durumda aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

*Yurdagül TEKİN*

Telefon: 0506-461 16 33

**11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:**

Çalışma kapsamında oluşacağı düşünülen zararlar bulunmamaktadır.

**12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:**

1. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
2. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
3. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi biliyorum.
4. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacıya ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

**13.GİZLİLİK:**

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimlik bilgileri kesin olarak gizli tutulacaktır.

#### 14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

*Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.*

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmza:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....  
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....  
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

**EK X- TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ  
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ONAY FORMU**

Katip Çelebi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi



RE: Sağlık Bakanlığı

T.C.

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu**

**İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ  
KHBGS TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
31.05/2016 16.10 - 23592379 - 772.02 - E.3081



00024566278

ek \*

**Sayı** : 23592379/772.02  
**Konu** : Yurdagül Tekin'in Araştırma İzni

**DAĞITIM YERLERİNE**

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD öğrencisi Yurdagül Tekin'in "Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Becerilerini Gerçekleştirme Düzeylerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**Op. Dr. Aydın ER**  
**Genel Sekreter a.**  
**Tıbbi Hizmetler Başkanı**

**Dağıtım:**

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/ İZMİR

Faks No:

e-Posta:meltem.sertas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Meltem Sertas (0232 232232/2350)  
khh35g.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2c29d616-ae94-4626-b32f-0338e9e74da4 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Meltem SERTTAŞ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0232 232 32 32 / 2350

## ÖZGEÇMİŞ

Yurdagül TEKİN, 27.09.1988 tarihinde İzmir’de doğdu. İlköğretim ve ortaöğretimini İzmir’de tamamladı. Lisans eğitimini 2011 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü’nde tamamladı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi’ne 2011 yılında hemşire olarak atandı. 2018 yılına kadar İç Hastalıkları Kliniği’nde çalıştı. 2013 yılında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. Şu an halen aynı kurumda Göğüs Hastalıkları Kliniği’nde çalışmaktadır.

