

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTALARDA
PLANLI HASTA EĞİTİMİNİN SEMPTOM YÖNETİMİNE
ETKİSİ**

**Hazırlayan
Şengül AKDENİZ**

**Danışman
Prof. Dr. Zeynep ÖZER**

Doktora Tezi

**Haziran 2013
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTALARDA
PLANLI HASTA EĞİTİMİNİN SEMPTOM YÖNETİMİNE
ETKİSİ**

**Hazırlayan
Şengül AKDENİZ**

**Danışman
Prof. Dr. Zeynep ÖZER**

Doktora Tezi

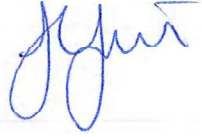
**Haziran 2013
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

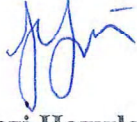
Adı-Soyadı: Şengül AKDENİZ

İmza:




YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi ” adlı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi ’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



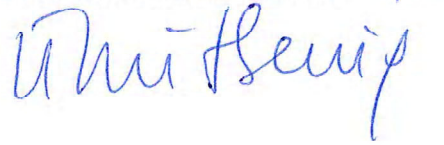
Tezi Hazırlayan
Şengül AKDENİZ



Danışman
Prof. Dr. Zeynep ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ



Prof. Dr. Zeynep ÖZER danışmanlığında Şengül AKDENİZ tarafından hazırlanan “Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi ” konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik (İç Hastalıkları Hemşireliği) Anabilim Dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

...../...../2013

JÜRİ

İmza

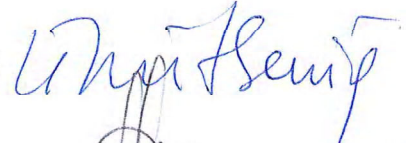
Danışman : Prof. Dr. Zeynep ÖZER (Hemşirelik AD)

Akdeniz Ün.v.



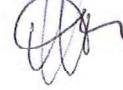
Üye : Prof. Dr. E.Ümit SEVİĞ (Hemşirelik AD)

Erciyes Ün.v.



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT (Ziraat Fak.)

Akdeniz Ün.v.



Üye : Doç. Dr. Sultan TAŞÇI (Hemşirelik AD)

Erciyes Ün.v.



Üye : Doç. Dr. İbrahim BAŞARICI (Tıp Fak. Kardiyoloji AD)

Akdeniz Ün.v.



ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında destek verip sabır ve anlayışla beni yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan, bilimsel katkılarıyla akademik gelişimime çok büyük emeği olan değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Zeynep CANLI ÖZER'e, doktora eğitimimin her aşamasında bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyerek akademik ortamda olduğu kadar insani ilişkilerde de sonsuz desteği ile gelişmeme katkıda bulunan Sayın Doç. Dr. Sultan TAŞÇI'ya, doktora eğitimim süresince desteğini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ümit SEVİĞ'e, tez izleme jürisinde yer alan eğitim kitapçığını inceleyip, öneri ve katkılarda bulunan Sayın Doç. Dr. İbrahim BAŞARICI 'ya, çalışmamın istatistiksel analizlerine katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a, geçerlik güvenirlik çalışmamda destek veren bütün hocalarıma, çalışmanın uygulama aşamasında katkıda bulunan kurum yöneticilerine, kardiyojji bölümü hekim ve hemşirelerine, çalışmaya katılarak çalışmanın uygulanabilmesine katkıda bulunan hastalara, destek ve yardımını her zaman gördüğüm değerli eşime sonsuz teşekkür ederim.

Şengül AKDENİZ

KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTALARDA PLANLI HASTA EĞİTİMİNİN SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ

Şengül AKDENİZ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Haziran 2013

Danışman: Prof. Dr. Zeynep ÖZER

ÖZET

Amaç: Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin (MSAS-HF) geçerlik ve güvenilirliğini yapmak ve planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma metodolojik ve deneysel olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Metodolojik olarak Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik güvenilirlik çalışması 210 kalp yetersizliği hastasıyla yapılmıştır. Deneysel aşamada 45 müdahale, 45 kontrol olmak üzere 90 kalp yetersizliği hastasıyla ön test-son test izleme modeli kullanılmıştır. Çalışmada etik kurul onayı ile bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Veriler, hasta bilgi formu, Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği, Dispne ve Yorgunluk Borg Skalası kullanılarak toplanmıştır. Müdahale grubuna, planlı hasta eğitimi uygulanmıştır. Veriler t-testi, ki-kare ve regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin semptom sıklık, şiddet ve rahatsızlık Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.77, 0.78, 0.79 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda verilen hasta eğitime göre müdahale ve kontrol grubu hastalarının kalp yetersizliği semptom yönetimi, öz bakım gücü ve kalp yetersizliği sağlık davranışları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim sonrası, müdahale grubunda kalp yetersizliği semptom yönetimi, öz bakım gücü ve kalp yetersizliği sağlık davranışları ile ilgili istatistiksel olarak olumlu yönde anlamlı bir değişim olduğu ($p<0.05$), kontrol grubunda ise değişim olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin Türk toplumuna uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Planlı hasta eğitiminin kalp yetersizliği semptom yönetimi, öz bakım gücü ve kalp yetersizliği sağlık davranışları üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetersizliği, Semptom Yönetimi, Hasta Eğitimi, Öz Bakım

EFFECTS OF PLANNED PATIENT EDUCATION ON SYMPTOM MANAGEMENT ON THE PATIENTS DIAGNOSED WITH HEART FAILURE

Şengül AKDENİZ

Erciyes University, Health Sciences Institute

Nursing Department

Doctorate Thesis, June 2013

Counsellor: Professor Dr. Zeynep ÖZER

ABSTRACT

Objective: To study the reliability and validity of Heart Failure Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS-HF), and to investigate the effect of planned patient education on symptom management.

Method: Research included methodology and experimental parts. Total of 210 heart failure patients were included to study validity and reliability of Memorial Symptom Assessment Scale. During the experimental period, total of 90 heart failure patients (45 interventions and 45 control patients) was tested by using pretest-posttest monitoring model. The study was approved by the ethics committee and written informed consent was obtained from the patients. Data were obtained by using patient information form, Heart Failure Memorial Symptom Assessment Scale, the Self-Care power Scale, Heart Failure Health Behaviors Scale, dyspnea and fatigue Borg Scale. The intervention group was trained by planned patient education. Data were analyzed by t-test, chi-square and regression analysis.

Results: Symptom frequency, severity and discomfort Cronbach's alpha values of Heart Failure Memorial Symptom Assessment Scale were 0.77, 0.78, 0.79, respectively. The study revealed that patient education resulted in significant differences between intervention and the control group of patients for heart failure symptom management, self-care power, and heart failure health behaviors ($p < 0.05$). At the end of the training for planned patient education, heart failure symptom management, self-care power and heart failure health behaviors changed statistically in a positive way in the intervention group ($p < 0.05$). However, no changes were detected in the control group ($p > 0.05$).

Conclusions: Heart Failure Memorial Symptom Assessment Scale was determined as a convenient, reliable and valid measurement tool for the Turkish community. Planned patient education had positive effects on heart failure symptom management, self-care power and heart failure health behaviors.

Key words: Heart failure, Symptom management, Patient education, Self-care

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	iii
ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	xii
ÇİZELGE LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KALP YETERSİZLİĞİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı.....	5
2.1.2. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi.....	6
2.1.3. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi	6
2.1.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması.....	7
2.1.4.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği	7
2.1.4.2. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği	7
2.1.4.3. Yüksek ve Düşük Debili Kalp Yetersizliği	7
2.1.4.4. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği	7
2.1.4.5. New York Kalp Cemiyeti İşlevsel Sınıflaması.....	7
2.1.5. Kalp Yetersizliğinin Tanısı	9
2.1.6. Kalp Yetersizliğinin Tedavisi	10

	Sayfa no
2.1.7. Farmakolojik Tedavi.....	10
2.1.7.1. Diüretikler	11
2.1.7.2. Digoksin.....	12
2.1.7.3. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri	12
2.1.7.4. Beta Blokerler	12
2.1.7.5. Vazodilatörler.....	13
2.1.8. Kalp Yetersizliği Hastasının Eğitimi	13
2.1.9. Kalp Yetersizliğine Bağlı Gelişebilecek Semptomlar ve Semptom Yönetimi	15
2.1.9.1. Dispne.....	15
2.1.9.2. Ortopne	15
2. 1. 9. 3. Paroksizmal Nokturnal Dispne.....	16
2. 1. 9. 4. Cheyne- Strokes Solunumu.....	16
2. 1. 9. 5. Öksürük.....	16
2. 1. 9. 6. Hemoptizi.....	17
2.1.9.7. Akciğer Ödemi.....	17
2.1.9.8. Solunum Problemine Yönelik Semptom Yönetimi.....	18
2. 1. 10. Sıvı Retansiyonu ve Ödem.....	19
2.1.10.1.Sıvı Retansiyonu ve Ödeme Yönelik Semptom Yönetimi	
2.1.11. Yorgunluk ve Uykusuzluk	20
2.1.11.1.Yorgunluk ve Uykusuzluğa Yönelik Semptom Yönetimi	20
2. 2. HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANIMI HAKKINDA GENEL BİLGİLER	21
2. 2. 1. Hemşirelikte Model Kullanımı.....	21
2. 2. 2. Orem'in Genel Hemşirelik Kuramı	22
2. 2. 3. Öz Bakım Kuramı.....	22
2. 2. 4. Öz Bakım Gereksinimleri	23
2. 2. 4. 1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri	24
2. 2. 4. 2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri	24
2. 2. 4. 3. Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri	25
2. 2. 5. Öz Bakım Gücü	26

	Sayfa no
2. 2. 6. Terapötik Öz Bakım Gereksinimi	27
2. 2. 7. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı.....	27
2. 2. 8. Hemşirelik Sistemleri Kuramı.....	27
2. 2. 8. 1. Eksikliği Tümüyle Giderici Hemşirelik Sistemi:	28
2. 2. 8. 2. Eksikliği Kısmen Giderici Hemşirelik Sistemi:	28
2. 2. 8. 3. Destekleyici Eğitsel Hemşirelik Sistemi:	28
2. 2. 9. Orem'in Öz Bakım Modelinde Hemşirelik Süreci	28
2. 2. 10. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakım Planı	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. I. AŞAMA: KALP YETERSİZLİĞİ MEMORİAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI (METODOLOJİK BÖLÜM).....	35
3.1.1. Araştırmanın Tipi	35
3.1.2. Araştırmanın Yeri.....	35
3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	36
3.1.4. Veri Toplama Araçları.....	37
3.1.4.1. Hasta Bilgi Formu	37
3.1.4.2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Skalası	37
3.1.5. Araştırmanın Verilerinin Toplanması.....	39
3.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.2.II. AŞAMA: KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTALARDA PLANLI HASTA EĞİTİMİNİN SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ (DENEYSEL BÖLÜM).....	40
3.2.1. Araştırmanın Tipi	40
3.2.2. Araştırmanın Yeri.....	40
3.2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	41
3.2.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	41
3.2.3.2. Araştırmaya Alınma-Çıkarılma Ölçütleri.....	41
3.2.4. Veri Toplama Araçları.....	42
3.2.4.1.Hasta Bilgi Formu	42

3.2.4.2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği	42
3.2.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği.....	42
3.2.4.4. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği	42
3.2.4.5. Dispne ve Yorgunluk Borg Skalası	43
3.2.4.6. Kalp Yetersizliği Hasta Eğitim Kitapçığı	43
3.2.5. Kontrol ve Müdahale Grubuna Yapılan Girişimler.....	43
3.2.5.1. Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler	43
3.2.5.2. Müdahale Grubuna Yapılan Girişimler	46
3.2.6. Araştırmanın Değişkenleri	47
3.2.6.1. Bağımlı Değişkenler	47
3.2.6.2. Bağımsız Değişkenler.....	47
3.2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	48
4. BULGULAR	49
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	94
6. KAYNAKLAR.....	108

EKLER

Ek 1a. Hasta Bilgi Formu (Metodolojik Bölüm)
Ek 1b. Hasta Bilgi Formu (Deneysel Bölüm)
Ek 2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Formu
Ek 3. Öz Bakım Gücü Ölçeği
Ek 4. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği
Ek 5. Dispne ve Yorgunluk Borg Skalası
Ek 6. Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu
Ek 7. Eğitim Kitapçığı
Ek 8. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onayı
Ek 9. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD Onayı
Ek10. Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Kurul Onayı
Ek11. Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onayı
Ek12. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin Kullanım İzni
Ek13. MSAS- HF Orijinal Ölçek
Ek 14 Grafikler

ÖZGEÇMİŞ

TABLO LİSTESİ

		<u>Sayfa No</u>
Tablo 4. 1.	Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	49
Tablo 4. 2.	Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları ile ilgili Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4. 3.	Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 4. 4.	Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesinin Test İstatistiği.....	57
Tablo 4. 5.	MSAS-HF'nin ve Alt Boyutlarının NYHA Fonksiyonel Sınıflara Göre Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 4. 6.	MSAS-HF' nin Semptom Sıklık- Madde Toplam Korelasyon Analizi.....	60
Tablo 4. 7.	MSAS-HF' nin Semptom Şiddet- Madde Toplam Korelasyon Analizi	61
Tablo 4. 8.	MSAS-HF'nin Semptom Sıkıntı/ Rahatsızlık Madde Toplam Korelasyon Analizi	62
Tablo 4. 9.	MSAS-HF'nin Fiziksel Semptom Alt Boyut Madde Toplam Korelasyon Analizi.	63
Tablo 4.10.	MSAS-HF' nin Psikolojik Semptom Alt Boyut Madde Toplam Korelasyon Analizi	64
Tablo 4. 11.	MSAS-HF' nin Kalp Yetersizliği Semptom Alt Boyut Madde Toplam Korelasyon Analizi.....	65
Tablo 4. 12.	MSAS-HF'nin Alt Boyut Puanı-Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi.....	65
Tablo 4.13.	MSAS-HF'nin Alt Boyut Test Tekrar Test Puanı - Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi.....	66
Tablo 4. 14.	MSAS-HF'nin Toplam Test Tekrar Test Puanı Korelasyon Analizi Sonuçları.....	66
Tablo 4. 15.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	67
Tablo 4. 16.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması	69

Sayfa No

Tablo 4. 17.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Pre-test/Post-test Değerlerinin Karşılaştırılması	72
Tablo 4. 18.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaşam Şekli Değişikliklerinin Pretest- Posttest Analizleri.....	75
Tablo 4. 19.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Pre-test Post-test Puanlarının Dağılımı.....	76
Tablo 4. 20.	Kontrol Grubundaki Bireylerin Ölçeklerin Pretest – Posttest Fark Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki	80
Tablo 4. 21.	Müdahale Grubundaki Bireylerin Ölçeklerin Pretest – Posttest Fark Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki	84
Tablo 4. 22.	Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa ilişkin Özellikleri ile Ölçekler Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi	86
Tablo 4. 23.	Müdahale Grubu Bireylerinin Pretest-Posttest Semptomlarının Sayı, Sıklık, Şiddet ve Rahatsızlık Değerleri.....	88
Tablo 4. 24.	Kontrol Grubu Bireylerinin Semptomlarının Pretest- Posttest Sayı, Sıklık, Şiddet ve Rahatsızlık Değerleri.....	91

ÇİZELGE LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Çizelge 2.1. New York Kalp Birliği İşlevsel Sınıflaması	8
Çizelge 2. 2. Framingham Kriterleri.....	9
Çizelge 2. 3. Boston Kriterleri	9
Çizelge 2. 4. Kalp Yetersizliği Tedavisi	10
Çizelge 2. 5. Hasta Eğitiminde Ele Alınması Gereken Başlıca Konular ve Bu Konularla İlişkili Olarak Öğretilmesi Gereken Beceriler ve Öz Bakım Davranışları	14
Çizelge 2.6. Hemşirelik Tanıları	29
Çizelge 3.1. I. Aşama Örneklem Büyüklüğü	36
Çizelge 3.2. I. Aşama Örneklem Özellikleri	37
Çizelge 3.3. MSAS-HF' nin Alt Boyut Semptomları	39
Çizelge 3.4. Birinci Aşama Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
Çizelge 3.5. II. Aşama Örneklem Özellikleri	41
Çizelge 3.6. Eğitim Kitapçığının Oluşturulma Aşamaları.....	44
Çizelge 3.7. Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Görüşleri	47
Çizelge 3.8. İkinci Aşama Verilerinin Değerlendirilmesi	48
Çizelge 4.1. MSAS-HF' nin Geçerlik ve Güvenirlik Aşamaları.....	53

KISALTMALAR

MSAS-HF	: Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği
NYHA	: New York Kalp Birliği
ACC	: Amerikan Kalp Derneği
AHA	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
BKİ	: Beden Ktle İndeksi
Max	: Maximum
Min	: Minimum
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
P	: Olasılık
ACE	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde, teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıptaki gelişmeler, sağlığı koruma ve sürdürme konusundaki bilinçlenme, beklenen yaşam süresinin uzamasına ve toplumda yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus, genel nüfus içerisinde önemli oranda artış göstermiştir. Yaşam süresinin artmasına bağlı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelmiştir (1, 2). Kronik hastalıklar, kendi kendine çözümlenemeyen ve nadiren tamamıyla iyileşen uzun süreli rahatsızlıklardır (3). Kalp hastalıkları, inme, kanser, kronik solunum bozuklukları, diyabet gibi kronik hastalıklar dünyadaki ölümlerin önde gelen nedenidir ve bütün ölümlerin %63'ünü oluşturmaktadır (4). Kalp ve damar hastalıklarının, küresel ölçekte başta gelen ölüm sebebi olup, uzun bir süre daha ilk sırada ölüm sebebi olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (5). Eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar her yıl yaklaşık 20 milyon kişinin daha kalp ve damar hastalıklarından, özellikle de kalp krizleri, inme ve kalp yetersizliğinden hayatlarını kaybedecekleri bildirilmektedir (6).

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kalp yetersizliği, özellikle endüstriyel toplumlarda majör bir sağlık sorunudur (7). Son yıllarda sıklığı, yaygınlığı ve mortalitesi giderek artmaktadır. Yaşlanan nüfusla birlikte kalp yetersizliğinin insidansının gelecek yıllarda daha da fazla artması beklenmektedir (8-10). Toplumda sık görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olan kalp yetersizliğinin tüm dünyada görülme sıklığı %2-3 olarak belirtilmekte; bu sayı 65

yaş üstünde %13'e kadar çıkabilmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan Türkiye'de kalp yetersizliği sıklığı araştırma sonuçları 65 yaş üzeri bireylerin %10'unda kalp yetersizliği olduğunu göstermektedir. Araştırma sonucuna göre ülkemizde kalp yetersizliği olan kişi sayısı yaklaşık 2 milyon 424'tür (11).

Kalp yetersizliği, yaşam boyu süren tedavisi, oluşan semptomları ile birlikte bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler yaşam tarzlarını değiştirmek zorunda kalmakta ve günlük yaşamlarını sürdürürken zorlanarak yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (7). Hastalığa özgü diyet, tedavi, hekim kontrolleri ve egzersiz gibi değişikliklere uyum sağlayamayan hastaların; ciddi semptomlar yaşadığı, hastaneye yatışlarında artma olduğu belirtilmektedir (12). Önemli bir mortalite nedeni olan kalp yetersizliğinin nasıl yönetileceğini bilememe; semptomları alevlendirmekte, yaşam kalitesini düşürmekte, hastaneye yatışlarda artmaya neden olmakta ve maliyeti arttırmaktadır. Bu durum kalp yetersizliğinde hastanın öz bakımının önemini göstermektedir. Öz bakım, yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır. Hastalık durumunda ise, hastalığın kontrolüne yönelik ek davranışlar gerektirmektedir. Kalp yetersizliği olan bireyin öz bakımını gerçekleştirebilmesi için hastalığı hakkında bilgi sahibi olması önemlidir (13).

Kalp yetersizliğinin başarılı bir şekilde yönetimi, eğitim yoluyla sağlanabilen hastanın ve ailesinin yaşam şekli değişikliğine bağlıdır. Hemşireler, birer eğitici olarak bireylerin sağlıklarını yeniden kazanmaları ve korumaları konusunda önemli bir yere sahiptirler. Kronik hastalıklarda eğitimin ve tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Böylece bireyin dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşması sağlanabilir (14).

Hemşirelik bakımının bir modele temellendirilmesi, bakımın hemşirelik bilgisi ile verilmesi bakım sonuçlarının başarısını arttıracaktır. Model kullanımı, bireye verilecek bakımın genel bir çerçevede oluşturulmasını sağlar. Bu sayede hemşire uygulayacağı modele uygun bir bakış açısı geliştirecek ve yaklaşımlarını modele göre belirleyecektir. Ayrıca model kullanımı hemşirelerin ortak bir dile sahip olmasını sağlayacaktır (15). Paradigma hemşirelik disiplininin neler yaptığını, hemşire olmanın ne demek olduğunu, hemşireliğin diğer mesleklerden farkının ne olduğunu ortaya koymaktır. Hemşireliğin bilimselleşmesi ve diğer disiplinler arasında kabul görmesi açısından önemlidir. Mevcut

kuramlar ve modeller sınıdıkça, kabul gördükçe hemşirelik paradigması belirginleşecektir. Bu nedenle akademisyen ve klinisyen hemşirelerin mevcut kuram ve modelleri araştırmalarla sınıması ve değerlendirmesi gerekmektedir (16).

Günümüzde, uluslararası hemşirelik literatürü incelendiğinde, hemşirelik uygulamalarına sistematik ve standart bir yaklaşım sağlamak amacıyla araştırma ve uygulamalarda teori/model kullanımının oldukça yaygınlaştığı görülmesine rağmen ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarında teori/model kullanımı oldukça düşük bir orandadır (17,18). Hemşirelik uygulamalarının geliştirilebilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilebilmesi ancak araştırmalarla mümkün olmaktadır. Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi Orem'in Öz Bakım Modeli 'ne dayalıdır. Doktora tezlerinde en fazla kullanılan teori/model Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisi olmasına rağmen kalp yetersizliği hastalarında bu model kullanılmamıştır. Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım gücü ve hastalıklarını yönetebilme potansiyelleri çok önemlidir.

Yapılan planlı bir eğitim, hastaların semptom kontrolüne, kendi sorumluluklarını alabilmelerine, tedavi süresince verilecek kararlara katılabilmelerine, anksiyete düzeylerinin azalmasına, hastalığa ve tedaviye uyumlarının artmasına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma, kalp yetersizliğine bağlı gelişebilecek semptomların kontrol altına alınması için hastalara verilen planlı eğitim programının semptomlar üzerindeki etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastalardaki kalp yetersizliği semptomlarının yönetimine olumlu etkisi vardır.

H₀: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastalardaki kalp yetersizliği semptomlarının yönetimine olumlu etkisi yoktur.

H₂: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastaların öz bakım gücüne olumlu etkisi vardır.

H₀: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastaların öz bakım gücüne olumlu etkisi yoktur.

H₃: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastaların kalp yetersizliğine yönelik sağlık davranışlarına olumlu etkisi vardır.

H₀: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastaların kalp yetersizliğine yönelik sağlık davranışlarına olumlu etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KALP YETERSİZLİĞİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

2.1.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Yaklaşık son 70 yıl içerisinde kalp yetersizliği için farklı tanımlamalar yapılmıştır. İlk tanımlama Thomas Lewis tarafından “Kalbin muhteviyatının yeterince boşalamaması durumu” olarak tanımlanırken Paul Wood, “Kalbin vücudun ihtiyacı için gereken yeterli dolaşımı sağlayamaması durumu” olarak tanımlamıştır. İlk değerlendirmelerde daha çok sol ventrikülün pompa yetersizliği vurgulanmış iken günümüzde kalp yetersizliğinin bir sendrom olduğu ve hastaların semptom ve fizik bulgularıyla tanımlanması gerektiği görüşü ön planda açıklanmıştır. Kalp yetersizliği ventrikülün doluş ve/veya ejeksiyon yetisini etkileyen yapısal veya fonksiyonel değişikliklerin neden olduğu kompleks bir klinik sendromdur (19).

Aşırı sıvı birikimine ve/veya düşük kalp debisine bağlı semptomlar genellikle egzersizle birlikte artmaktadır. Fizik muayene bulguları ise sol ventrikül doluş basıncındaki artış, volüm yüklenmesi, düşük debi, pulmoner hipertansiyon ve kardiyomegalinin varlığı doğrultusundadır. Sıvı yüklenmesinin üç önemli bulgusu pulmoner konjesyon, boyunda venöz dolgunluk ve periferik ödemdir (19-21).

2.1.2. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi

Kronik kalp yetersizliği, kalbin dokulara metabolik ihtiyaçlarına uygun miktarda kanı pompalayamadığı ya da bunu ancak yüksek kardiyak dolum basınçları ile gerçekleştirebildiği patolojik bir durumdur. Son 20 yıldır endüstrileşmiş ülkelerde kalp yetersizliğinin başlıca nedeni hipertansiyondan miyokard infarktüsüne doğru değişmiştir. Miyokardit, çeşitli kardiyomiyopatiler, kapaklara bağlı ve doğumsal patolojiler kalp yetersizliğine neden olabilir (22).

2.1.3. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliğinin görülme oranları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Nüfus yaşlandıkça ve koroner hastalığı olan kişilerin yaşam süresi uzadıkça hastalığın görülme oranının artacağı tahmin edilmektedir. Son noktası kalp yetersizliği olan hastalıklardan sağ kalan hasta sayısının artması kalp yetersizliğini ciddi bir halk sağlığı problemi haline getirmiştir. Hipertansiyon, dislipidemi, diyabetes mellitus gibi hastalıkların toplumda görülme sıklığının ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artmasının kalp yetersizliği insidansını da artırdığı görülmüştür (23-25).

40 yaş sonrası yaşam boyu kalp yetersizliği gelişme riski %20'dir. Toplumlarda kalp yetersizliği görülme durumu genel olarak %2-3 iken, 70 yaş sonrasında bu oran %10'a, 80 yaş sonrası %15'lere çıkmaktadır (26).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan Türkiye'de kalp yetersizliği sıklığı araştırması 65 yaş üzeri bireylerin %10'unda kalp yetersizliği olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yaşam süresi son 15-20 yıl içinde yaklaşık 10 yıl uzamıştır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 72 kadınlarda 76'dır. Toplum ortalaması 73.5 yaşa yükselmiştir. Yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Önümüzdeki 10 yıl içinde 2 kat daha artması beklenmektedir. 60 yaş üzeri nüfusumuz bugün 7.5 milyondur ancak 2023 yılında 14-15 milyon olacağı öngörülmektedir. Kalp yetersizliği olan bireylerin %50'ye yakın bölümü 60 yaşın üstündeki bireylerdir. Ülkemizde yaklaşık 2 milyon 424 erişkinde kalp yetersizliği vardır (11). Kalp yetersizliği ile ilgili mortalite ve morbidite istatistikleri eşit derecede kötüdür. Hayat boyu tedavi gereksinimi, sık hastaneye yatma ihtiyacı, komplike ve pahalı cihaz tedavisi uygulamaları nedeniyle aynı zamanda sağlık ekonomisi ve aile bütçeleri üzerine yüksek maliyetler getirmektedir (27).

2.1.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

2.1.4.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Akut kalp yetersizliği, genellikle yeni başlayan nefes darlığı veya pulmoner konjesyon ile ayırt edilir. Hastalarda pulmoner veya periferik ödem bulunur. Akut kalp yetersizliğinin klinik formları; akciğer ödemi, kardiyojenik şok, yüksek outputlu kalp yetersizliği ve sağ kalp yetersizliğidir. Kronik kalp yetersizliği bulunan hastalarda kalp yetersizliğinin ağırlaşması, hastaneye yatış gerektiren en yaygın kalp yetersizliği formudur ve kalp yetersizliği olanların %80'ini oluşturur (5).

2.1.4.2. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği

Kalp boşluklarına göre yapılan sınıflandırmada özellikle pulmoner veya sistemik konjesyonu, sıvı birikmesine bağlı pulmoner ödem veya ayak bileği ödemi vurgulamak istendiğinde kullanılmaktadır. Sağ ventrikül yetersizliğinin en sık sebebi sol ventrikül yetersizliğin neden olduğu pulmoner arter basıncın yükselmesi, yetersiz böbrek perfüzyonu, su-tuz retansiyonu ve dolaşımda sıvı birikmesidir (5, 21, 28, 29).

2.1.4.3. Yüksek ve Düşük Debili Kalp Yetersizliği

Yüksek debili kalp yetersizliğinin en sık nedenlerini anemi, tirotoksikoz, septisemi, karaciğer yetmezliği, artriyoventöz şantlar oluşturmaktadır. Yapısal kalp hasarı olmaksızın kalbin debisine bağlı olarak çıkan klinik tablolarda semptomlar nedene yönelik tedaviyle tamamen düzelebilmektedir (5, 21, 28).

2.1.4.4. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği

Kalbin kasılma işlevindeki bozukluğa bağlı olarak oluşan kalp yetersizliğine sistolik; diyastolik ventrikül doluşunun aksamasına bağlı olarak oluşan kalp yetersizliğine ise diyastolik kalp yetersizliği denir. Günümüzde sistolik ve diyastolik kalp yetersizliğine en sık iskemik kalp hastalıkları neden olmaktadır (21, 29).

2.1.4.5. New York Kalp Birliği (NYHA) İşlevsel Sınıflaması

Hastaların fonksiyonel durumuna göre klinik tablonun sınıflandırılması, ilk kez 1928 yılında tanımlanmış iken en son 1994 yılında revize edilmiştir. Çizelge 2.1'de belirtildiği gibi hastalar fiziksel aktivitelerine göre I'den IV'e kadar sınıflandırılmaktadır (30).

Çizelge 2. 1. Semptomların Ciddiyetini ve Fiziksel Aktiviteyi Temel Alan New York Kalp Birliği İşlevsel Sınıflaması (New York Heart Association -NYHA)

Sınıf I	Fiziksel aktivite kısıtlanması yok. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açmaz.
Sınıf II	Hafif fiziksel etkinlik kısıtlanması var. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar.
Sınıf III	Belirgin fiziksel etkinlik kısıtlanması var. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan düzeyin altında fiziksel aktivite nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar.
Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürmemeye. Dinlenme sırasında belirtiler olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artar.

New York Kalp Birliği sınıflaması güçlü bir prognoz göstergesi ve risk belirleyicisi olmaktadır. Fonksiyonel sınıf arttıkça hayatta kalma oranı azalmaktadır (19, 31).

2.1.5. Kalp Yetersizliğinin Tanısı

Kalp yetersizliğinin tanısı için tipik semptomlarla birlikte fizik muayene bulguları ve yapısal veya fonksiyonel bozukluklarının objektif kanıtları gerekmektedir. Temel tanı yöntemleri, rutin kan testleri, göğüs radyogramı ve ekokardiyografidir. Gerekirse egzersiz testi, miyokard perfüzyon sintigrafisi, 24-48 saatlik ambulatuvar elektrokardiyografi monitorizasyonu, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve kalp kateterizasyonu yapılabilir (28, 32, 33).

Kalp yetersizliği tanısını kolaylaştırmak ve nesnelleştirmek amacıyla çeşitli klinik kriterler oluşturulmuştur. Bunların arasında en önemlileri Boston ve Framingham Kriterleri'dir. Çizelge 2.2'de belirtildiği gibi Boston Kriterleri sık görülen semptom, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının puanlaması yöntemlerine dayanır. Çizelge 2.3'te belirtildiği gibi Framingham Kriterleri ise kalp yetersizliği saptanan hastalarda en sık görülen semptom, bulgu ve laboratuvar değerlerinin sıklık sıralamasına göre majör ve minör kriterlerdir (32).

2.1.5.1. Kalp Yetersizliği Tanısının Klinik Kriterleri

Çizelge 2. 2. Framingham Kriterleri

Majör Kriterler	Minör Kriterler
Paroksizmal noktürnal dispne veya ortopne	Bilateral ayak bileği ödemi
Juguler ven dolgunluğu	Gece kuru öksürük
Akciğerde kreptan raller	Efor dispnesi
Telegrafide kardiyomegali	Hepatomegali
Akut pulmoner ödem	Plevral sıvı
S3 gallop	Vital kapasitede en yüksek değer 1/3'ünden daha fazla azalma
Santral ven basıncı > 16cm H2O	Taşikardi (istirahat kalp hızı < 120/dk.)
Dolaşım zamanı > 25 s	
Hepatojuguler reflü	

Kesin Kalp Yetersizliği= 2 majör veya 1 majör + 2 minör kriterin bulunması.

Çizelge 2. 3. Boston Kriterleri

I. Kategori: Öykü	Puan
İstirahat Dispnesi	4
Ortopne	4
Paroksizmal noktürnal dispne	3
Düz yolda yürürken dispne	2
Yokuş çıkarken dispne	1
II. Kategori: Fizik Muayene	Puan
Kalp hızı 91-110/dk.	1
Kalp hızı > 100/dk.	2
Juguler ven dolgunluğu > 6cmH2O	2
Juguler ven dolgunluğu >6cmH2O+ hepatomegali veya ödem	3
Akciğer kaidelerinde raller	1
Akciğer orta ve üst zonlarında raller	2
Wheezing	3
S3	3
III. Kategori: Radyografi	Puan
Alveolar ödem	4
İnterstisyel pulmoner ödem	3
Bilateral plevral sıvı	3
Kardiyotorasik oran >0,50	3
Pulmoner vasküler redistribüsyon	2

Hasta her kategoriden en fazla 4 puan alabilir.

Kesin kalp yetersizliği = 8-12 puan

Olası kalp yetersizliği = 5-7 puan

Kalp yetersizliği olasılığı çok düşük < 4 puan

2.1.6. Kalp Yetersizliğinin Tedavisi

Kalp yetersizliğinde hastalara verilmesi gereken yaygın farmakolojik tedavi ve farmakolojik olmayan eğitim konuları Çizelge 2.4'te verilmiştir (31).

Çizelge 2. 4. Kalp Yetersizliği Tedavisi

Farmakolojik Olmayan Tedavi	Farmakolojik Tedavi
<p>Genel tavsiyeler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalp Yetersizliğinin tanımı ve etiyolojisi • Semptom ve bulguları tanıma • Günlük kilo takibi • Temel tedaviler • İlaçlara uyumun önemi • Risk faktörü modifikasyonu • Sigarayı bırakmanın önemi • Prognoz <p>İlaç tavsiyeleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etkileri • Doz ve saatleri • Yan etkileri • Uygunsa ve tavsiye edildiyse esnek tedavi uygulamak <p>Dinlenme ve egzersiz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çalışma, dinlenme, günlük fiziksel aktivite • Cinsel aktivite • Rehabilitasyon <p>Diyet ve sosyal alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sodyum kısıtlaması • Aşırı sıvı alımından kaçınmak • Alkolden kaçınmak • Sigarayı bırakmak • Seyahat ve aşılama 	<ul style="list-style-type: none"> • ACE inhibitörleri • Diüretikler • Beta blokerler • Anjiotensin reseptör antagonistleri • Kardiyak glikozitler • Vazodilatatör ajanlar • Pozitif inotropik ajanlar • Antikoagulan • Antiaritmik ajanlar

2.1.7. Farmakolojik Tedavi

Kardiyak fonksiyon, kontraktiletiyi artırmak, afterloadı azaltmak ve preloadu en uygun seviyeye çekmekle düzeltilebilir. Yüksek diastol sonu dolma basıncı veya pulmoner sistemik venöz konjesyon bulguları olan hastalarda, afterloadı azaltan ya da miyokart kontraktilesini arttıran ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar; diüretikler, digoksin, anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, beta blokerler ve vazodilatörlerdir (34-36).

Bu ilaçlar, kalp yetersizliği hastalarına bakım veren hemşireler tarafından çok dikkatli uygulanmalıdır. Verilen ilacın beklenen etkilerinin/yan etkilerinin iyi gözlenmesi, ilacı uygulamadan önce/sonra dikkat edilmesi gereken noktaların iyi bilinmesi gerekir. Hasta taburcu olurken de kullanılacak ilaçların hasta/aileye çok iyi açıklanması, hasta/aile tarafından da anlaşılması ilaçların etkin bir şekilde kullanılmasını sağlar (37).

2.1.7.1. Diüretikler

Diüretikler dolaşım sal konjesyonu ve eşlik eden pulmoner ve periferik ödemi azaltır. Atriyal ve ventriküler diyastolik basınçta meydana getirilen azalma, ventriküler duvar üzerindeki diyastolik stresi azaltarak ve subendokardiyal perfüzyonu artırarak ventriküler disfonksiyon progresyonunu yavaşlatabilir. Hafif şiddetteki konjesyon durumunda tiazid grubu diüretiklerin haftada iki veya üç kez kullanılması normal intravasküler volümün idamesinde yeterli olabilir. Ancak konjesyonun ilerlediği veya azalmış renal fonksiyonların tiazidlerin etkisini azalttığı durumlarda furosemid gibi bir loop diüretiğin günlük kullanımı gerekir. Diüretikler genellikle sıvı retansiyonun klinik olarak düzelmesi için gereken dozlarda verilir fakat tedavinin etkinliğini değerlendirmede santral venöz basıncın ölçülmesi ile değerlendirilen ventriküler doluş basıncı daha doğru bir göstergedir. Tedavi esnasında semptomatik hipotansiyon veya progresif olarak bozulan böbrek fonksiyonları gözleendiğinde doz arttırılmamalıdır (33-36).

Diüretik kullanan hastalara; ilacı aç karnına almaları söylenmelidir. Eğer günde iki doz alınıyorsa ilk dozu sabah aç karnına, ikinci dozu öğleden (saat 15'ten sonra) sonra aç karnına, günde bir doz alıyorsa sabahları aç karnına alması söylenmelidir. Günlük kilo takibi yapmasının önemi anlatılmalıdır. Sabah aç karnına, idrar yaptıktan sonra, aynı saatte, benzer giysilerle, aynı tartıyla kilosunu ölçmesi ve kaydetmesi söylenmelidir. Potasyumu değeri 3.5-5 mEq/L olmalıdır. Potasyumu azaltan diüretikler alıyorsa; portakal, muz, patates, domates, kuru üzüm, kayısı gibi potasyumdan zengin besinleri içeren bir diyet önerilmelidir. Potasyum tutucu diüretikler alıyorsa, yüksek potasyumlu besinleri içeren bir diyetten kaçınması söylenmelidir. Bir haftada 2.5 kg'dan fazla ağırlık kaybı, aşırı susama, ciddi baş dönmesi, bayılma, kas güçsüzlüğü veya kramplar, bulantı kusma veya düzensiz nabız oluyorsa, sağlık ekibine bildirmesi gerektiği söylenmelidir (22).

2.1.7.2. Digoksin

Kontraktiliteyi arttıran ajanlardır. Özellikle uzun dönemde kalp yetersizliği tedavisinde kullanılmaktadırlar. Sıklıkla NYHA sınıf III ve IV olan hastalarda kullanılmaktadırlar. Nörohormonal aktiviteyi arttırarak vazodilatasyon sağlamaktadır. Kalp hızı yavaşlamakta ejeksiyon fraksiyonu artma eğilimindedir. Digoksin ile sempatik sinir sistemi aktivitesi azalmakta parasempatik etki ile ventriküler yanıt yavaşlamaktadır. Digoksin ölüm riskini azaltmazken semptomların rahatlaması ve egzersiz kapasitesini arttırmaktadır. Venöz basınçta, ventrikül doluş basıncında azalma ve kardiyak debide artmaya neden olmaktadır. Digoksin intoksikasyonunun en önemli belirtisi ileti bozuklukları ve aritmilerdir. Hemşire hastaları digoksin intoksikasyonu açısından sık sık takip etmelidir (23, 26, 31, 34-36).

2.1.7.3. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE)

Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) inhibitorleri anjiyotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşümünden sorumlu olan enzimi inhibe ederek etki gösterir. Kalp yetersizliği hastalarında kardiyak debinin azalması ile sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin sistemi aktive olur. Bu aktivasyon sonucunda sistemik vasküler direnç ve afterload uygunsuz olarak artar, kardiyak performans daha da bozulur ve kısır bir döngü başlar. Sempatik sistemin ve renin-anjiyotensin sisteminin uyarılması ile proksimal ve distal tubullerden su ve sodyum absorpsiyonu artar, vazokonstrüktör etki ile arteryel ve venöz tonda artış görülür, sonuçta preload ve afterload artar. ACE inhibitorleri kullanımı ile su ve sodyum reabsorpsiyonu azalır, anjiyotensin II'nin inhibisyonu ile arteryel ve venöz vazodilatasyon oluşur, sistemik vasküler direnç azalır. ACE inhibisyonu ile bradikinin yıkılımı da azalır ve bradikinin düzeyi ve bradikininin stimüle ettiği prostaglandin ve nitrik oksit sentezi artar. Bu maddeler de vazodilatasyona ve natriürece katkıda bulunurlar. Sonuçta preload ve afterload azalması ile doluş basınçları azalır, kardiyak debi artar (38-40).

2.1.7.4. Beta Blokerler

Hafif-orta kalp yetersizliği olan tüm hastalarda beta blokerler ACE inhibitörleri ile birlikte mümkün olduğunca erken başlanmalıdır. İlacın başlanması için hastalar stabil olmalıdır. En düşük dozdan 2-4 haftalık aralarla hedef doza ulaşılacak şekilde titrasyon yapılmalıdır. Kalp yetersizliğinin kötüleşmesine bağlı hastaneye yatırılanlarda dozun

azaltılmasına gereksinim olabilir. Ciddi durumlarda ilaç kesilebilir. Hasta stabilleşince tekrar düşük dozdan hastanın klinik durumuna göre titre edilmelidir (23,34,35).

2.1.7.5. Vazodilatörler

Bu ilaçlar kronik kalp yetersizliğinde de kullanılabilir. Vazodilatörler preloadı azaltmakta miyokardiyal perfüzyonu artırır, arteriyel dilatörler afterloadı azaltarak kalbin iş yükünü azaltır. Özellikle iskemik kalp yetersizliği etkilidir. Hipotansiyon, taşikardi, arteriyel hipoksemi, baş ağrısı, tolerans gelişimi gibi yan etkiler açısından dikkatli olunmalıdır (34-36).

2.1.8. Kalp Yetersizliği Hastasının Eğitimi

Kalp yetersizliği olan hastalarda eğitimin amacı, mortalite ve morbiditenin azalması için hastaların yaşam biçimlerinde gerekli değişiklikler yapmalarını sağlamaktır. Hastalara verilen eğitimle yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumun belirgin olarak düzelmesi sağlanabilmektedir. Amerikan Hastaneleri Birliği'nin Hasta Hakları Bildirgesi'ne göre hastalar, tedavileri ve gelişimleriyle ilgili anlayabileceği düzeyde bilgi alma hakkına sahiptir. Dünyada ve ülkemizde hasta eğitiminin sorumluluğu sağlık personeline, özellikle hemşirelere, verilmiştir. Sağlık eğitimi, hemşirenin en önemli rollerinden biridir (22, 41, 42).

Eğitim planında, hasta ve ailesinin öz bakımı ne derece yapabileceğine dair iyi bir hemşirelik değerlendirmesine gerek vardır. Eğitimin içeriği; hastanın eğitim seviyesi, sağlık sistemindeki daha önceki deneyimleri, yaş, meslek, gelenekleri ve kültürel yapıları, genel yaşam şekli hakkında toplanan bilgilerle belirlenir. Hasta eğitimine, hasta daha hastane ortamında iken erken başlamalı; bu öğrenmenin hasta daha bu ortamda iken bile kesilebileceği bilinmelidir. Bu nedenle etkili hasta eğitimi, hastaneden taburcu edildikten sonraki ilk birkaç hafta sırasında yeterli takip ve yakın kontrol ile mümkündür. Eğitim, hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, telefon ya da hastanın durumu stabil oluncaya kadar haftalık klinik vizitleriyle sağlanabilir. Hasta ve aile eğitimi, evde sağlık bakımı bu hastalarda daha sonraki tekrar hastaneye yatışları önlemede en önemli faktördür. Hasta eğitimi bir süreci gerektirir. Hastalar tek bir eğitim oturumu ile gerekli bilgileri alamazlar. Yazılı eğitim materyalleri ve video, görsel-ışitsel araç gereçler bilgilerin açıklığa kavuşmasına ve artmasına, pekiştirilmesine yardım edebilir. Hastanın ve ailenin dillerine, kültürlerine ve eğitim seviyelerindeki değişikliklere duyarlı olunmalıdır. Hasta eğitiminin etkinliği, eğitim toplantılarına aile

üyeleri ve/veya diğer bakımda etkin kişilerin katılımıyla artırılmaktadır (7). Çizelge 2. 5'te hasta eğitiminde ele alınması gereken başlıca konular ve bu konularla ilişkili olarak öğretilmesi gereken beceriler ve öz bakım davranışları yer almaktadır (31, 43).

Çizelge 2. 5. Hasta Eğitiminde Ele Alınması Gereken Başlıca Konular ve Bu Konularla İlişkili Olarak Öğretilmesi Gereken Beceriler ve Öz Bakım Davranışları

Eğitim konuları	Hasta becerileri ve öz bakım davranışları
Kalp yetersizliği tanımı ve etiyolojisi	Kalp yetersizliğinin nedenini ve semptomların neden ortaya çıktığını anlamak
Kalp yetersizliği semptom ve bulguları	Bulgu ve semptomları izlemek ve tanımak Vücut ağırlığını her gün kaydetmek ve hızlı kilo artışlarını fark etmek Hekimin nasıl ve ne zaman haberdar edileceğini bilmek Uygunsa ve tavsiye edildiyse esnek diüretik tedavisi uygulamak
Farmakolojik tedavi	İlaçların endikasyon, doz uygulaması ve etkilerini anlamak
Risk faktörü modifikasyonu	Sigarayı bırakmanın önemini anlamak Hipertansiyon varsa kan basıncını izlemek, diyabet varsa glikoz denetimini sürdürmek, obeziteden kaçınmak
Diyet tavsiyeleri	Hekim tarafından önerildiyse sodyum kısıtlaması, aşırı sıvı alımından kaçınma, ölçülü alkol tüketimi, malnutrisyonu izleme ve önlemek
Egzersiz tavsiyeleri	Fiziksel etkinlik konusundaki endişelerden kurtulmak ve rahatlamak Egzersiz yararlarını anlamak, düzenli egzersiz yapmak
Cinsel etkinlik	Cinsel etkinlik konusundaki endişelerden kurtulmak ve sorunları sağlık uzmanlarıyla tartışmak Özgül cinsel sorunları ve çeşitli baş etme stratejilerini anlamak
Uyku ve solunum bozuklukları	Obezlerde vücut ağırlıklarının azaltılması, Sigarayı bırakma ve alkolden kaçınma gibi önleyici davranışları anlamak Uygunsa tedavi seçeneklerini öğrenmek
Uyum	Tedavi tavsiyelerini izlemenin önemini anlamak ve tedavi planını uygulama konusundaki kararlılığı sürdürmek
Psikososyal boyutlar	Kalp yetersizliği olan hastalarda depresif semptomların ve bilişsel bozuklukların yaygın ve sosyal desteğin önemli olduğunu anlamak Uygunsa tedavi seçeneklerini öğrenmek
Prognoz	Prognoz faktörlerinin önemini anlamak ve gerçekçi kararlar vermek

2.1.9. Kalp Yetersizliğine Bağlı Gelişebilecek Semptomlar ve Semptom Yönetimi

Bireyin biyolojik, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevleri hakkında bilgi veren sübjektif deneyimleri şeklinde tanımlanabilen semptom terimi ortaya çıkış zamanı, süre, nitelik, şiddet ve oluşturduğu rahatsızlık gibi birçok boyuta sahiptir. Semptomlar aynı zamanda ve bir arada bulduklarında aralarında sinerjik bir etkileşim gelişir. Bir semptom başka bir semptomun ortaya çıkmasına veya daha şiddetli algılanmasına neden olmaktadır. Örneğin dispnesi olan bireyler daha şiddetli yorgunluk, bulantısı olan bireyler ise daha şiddetli ağrı bildirebilmektedir (44). Kalp yetersizliği tanısı için semptomların varlığı zorunludur. Kalp yetersizliğinde başlıca belirti ve bulgular, solunum sıkıntısı, sıvı retansiyonu ve ödem, yorgunluk, uykusuzluk, bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklardır (45).

2.1.9.1. Dispne

Dispne kalp yetersizliğinin en sık görülen semptomudur. Bu terim solunum sırasında bir rahatsızlığın, hastanın nefes almakta zorlandığının bilincinde olmasını ifade eder. Kardiyak hastalığa bağlı dispne nefes alma sırasındaki iş yükünün artması, vital kapasitenin azalması, refleks hiperventilasyonu, bronşların daralması, hipoksemi ve karbondioksit retansiyonu gibi faktörlere bağlı olabilir (25, 46, 47).

2.1.9.2. Ortopne

Hastanın yatar konuma geçmesinden 1-2 dakika sonra beliren, başın ve sırtın birkaç yastıkla yükseltilmesi ya da hastanın dik oturtulmasıyla ortalama 5 dakikada geçen dispnedir. Kalp yetersizliği sırasında ortaya çıkışının birkaç tane olası açıklaması vardır: Hasta sırtüstü yattığında venöz dönüş artar, bu durum yetmezlik sınırında olan hastada pulmoner venöz konjesyonu artırabilir, pulmoner kompliyansı ve vital kapasiteyi azaltabilir. Vital kapasite, supin pozisyonunda iken diyaframın göreceli yüksek pozisyonuna bağlı olarak azalır. Asit veya karaciğer büyüklüğünde diyafram daha da yukarı itilir.

Ortopne, kalp yetersizliğinin spesifik bir semptomudur, ancak nadiren akciğer kökenli olabilir. Özellikle periferik ödem ile birlikte ise kalp yetersizliği tanısına yardımcı olur, çünkü akciğere bağlı ortopnede periferik ödem görülmez (25, 46, 47).

2. 1. 9. 3. Paroksizmal Nokturnal Dispne

Gece yatıp uyuduktan 2-4 saat sonra boğulma duygusu ile uykudan uyandıran, oturunca ya da odanın içinde gezinince 10-30 dakikada geçen dispne nöbetidir. Dispne sırasında deri soğuk, soluk, terli ve siyanozlu olabilir. Bronş ödeminden kaynaklanan öksürük de eşlik edebilir. Bu tür dispnenin nedenleri sol kalp yetersizliği ya da taşikardi eşliğinde mitral darlığın yol açtığı interstisyum ve bronşiyal ödemdir. Buradaki mekanizma muhtemelen ortopededeki mekanizma ile aynıdır, ama uyku durumunda hastanın algısal bilinçsizliği, oturarak durumunu düzeltmekten alıkoyar. Hastalar yoğun bir nefes darlığı ve korku ile uyanırlar. Yatağın kenarına otururlar veya pencereye ulaşmaya çalışırlar. Atak birkaç dakika içinde kendiliğinden geçer veya akut pulmoner ödeme ilerler (5, 21, 23, 46, 47).

2. 1. 9. 4. Cheyne- Strokes Solunum

Kalp yetersizliği olan hastalarda genellikle uykuda gelişir. Kalp yetersizliğinin erken belirtilerinden biri olarak görülebilir. Dispne şikâyeti henüz başlamamış sol kalp yetersizliği hastasında iyi uyuyamama şikâyeti cheyne-strokes solunumu belirtisidir. Bu durumda hasta derin inspirasyon yapmakta ve bu inspirasyon 1-2 dakikada her defasında gittikçe derinleşmektedir, sonra ise soluma 10-30 saniye kesilmekte ve hasta yeniden derin soluk almaya başlamaktadır. Bu durumun nedeni, düşük debiye bağlı solunum merkezi uyarılma eşiğinin artmasıdır. Kan PCO_2 'si artarken, hipoksi şiddetlenmekte ve böylece derin ve hızlı solunum oluşmaktadır. Hiperpne sonucu PCO_2 azalmakta, böylece solunum durmaktadır. Bunun sonucunda ise PCO_2 artmakta ve tekrar hiperpne başlamaktadır. Uyumakta olan hasta apne dönemlerinin sonunda rahatsızlık duyarak, bazen gürültülü bir inspiyumla uyanmaktadır (5, 21, 25, 46, 47).

2. 1. 9. 5. Öksürük

Öksürüğün en sık kardiyovasküler nedenleri; pulmoner venöz hipertansiyon, interstisyel ve alveolar pulmoner ödem, pulmoner embolizm ve trakeobronşiyal ağacın kompresyonudur. Dispneye neden olan durumlarda genellikle öksürük de bulunur. Egzersiz dispnesi ve öksürük birlikteliği, konjestif kalp yetersizliği ve kronik obstruktif akciğer hastalığında görülür. Öksürük sol kalp yetersizliğinin ilk ve tek belirtisi olabilir. Daha çok gece, uyku sırasında gelen, kuru, inatçı bir öksürüktür. Bazen de gündüz merdiven veya yokuş çıkmak gibi bir efor sırasında başlayabilir (21).

2. 1. 9. 6. Hemoptizi

Pulmoner venlerde efor sırasında veya yatariken yükselen basınç, bu venlere dökülen bronş venlerinde de basıncın artmasına ve bronş mukozasının konjesyonuna, dolgunlaşmış bronş venleri tarafından tahrişine yol açar. Hemoptizi balgamda kan bulunması şeklinde veya doğrudan doğruya kan tükürmek biçiminde görülebilir (5, 21, 25, 46, 47).

2. 1. 9. 7. Akciğer Ödemi

Kalp yetersizliğindeki dispnenin en ileri seviyesi akut akciğer ödemi tablosudur. Akut akciğer ödeminde pulmoner kapillerden alveollere sıvı sızması söz konusudur. Vital kapasite ve oksijenizasyon alanı ileri derecede sınırlandığından hastada istirahatte ciddi dispne vardır. Hayatı tehdit eden ve sık hastaneye başvuru nedeni olan kardiyojenik pulmoner ödem, nonkardiyojenik pulmoner ödemden çok daha sık görülür (48).

Akut akciğer ödeminde sol kalbin akut olarak yetersizliğe uğraması sonucu pulmoner venlerde basıncın hızla ileri derecede yükselmesi sonucunda, kapiller yatağından akciğer interstisyumu ve alveol boşluklarına sıvı sızmıştır (49, 50).

Akut pulmoner ödem hasta için korkutucu bir deneyim olup, sıklıkla sıkıntı yaratır. Genellikle şiddetli solunum güçlüğü aniden ortaya çıkar ve hasta aşırı derecede endişeli hale gelir. Öksürük ve boğulma hissiyle pembe, köpüklü sıvı çıkarır. Hasta dimdik oturur veya ayakta durur, hava açlığı çeker ve soluk almak için çırpınır. Solunum gürültülüdür. Terleme, deride soğukluk, siyanoz, boyun venlerinde dolgunluk, taşikardi ve yaygın raller bulunur (51).

2. 1. 9. 8. Solunum Problemlerine Yönelik Semptom Yönetimi

- Havayolunun açık ve temiz olduğundan emin olunmalı ve solunum hız ve derinliği belirlenmelidir (21).
- Hastanın solunum zorluğu sorgulanmalıdır. Dispnenin ne zaman arttığı, geceleri uyumakta zorluk yaşayıp yaşamadığı, birden fazla yastık kullanıp kullanmadığı, öksürüğün olup olmadığı değerlendirilmelidir (52).
- Akciğerlerin genişlemesini sağlayarak bireyin rahat solunum yapmasını desteklemek için semi-fowler ya da fowler pozisyonu verilmelidir (53).

- Diüretikler konjesyonun azaltılmasında kullanılabilir, diüretik tedavi ile böbrekten su ve tuz reabsorbsiyonunu inhibe edilerek kan volümü azalır, kalbin dolum basınçları düşer ve sonra da duvar stresi, pulmoner ödem ve periferik konjesyon azalır, ayrıca nörohormonal aktivasyon da diüretikler tarafından suprese edilebilir. İntravenöz diüretik uygulaması sonrası, hasta hızlı semptomatik rahatlama sergiler (22, 30, 31, 51).
- Vücuttaki sıvı volümünü dengede tutmak için aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır.
- Kullanılan ilaçların yönetimini yapmak ve hastanın ilaç yönetimini değerlendirmek önemlidir.
- Günlük Sodyum alımının <1500 mg/gün olacak şekilde azaltılması ile diüretiklerin yüksek dozlara çıkarılması gereksinimini azaltır. Sofrada tuz kullanmamak, özellikle tuzlu besinlerle, turşu ve konserve besinlerden kaçınmak, günlük tuz alımını 3.0-4.5 grama kadar düşürebilir. Tuz yerine iştah açıcı olarak çeşitli baharat veya potasyum klorür içeren yapay tuzlardan yararlanılabilir.
- Hastanın oksijen gereksinimi azaltılarak, zorlu solunumu önlemek için yorucu aktivitelerden ve yoğun egzersizden kaçınması sağlanmalıdır (22, 51, 52, 54).

2. 1. 10. Sıvı Retansiyonu ve Ödem

İnterstisyel dokulara sıvı birikimi anlamına gelen ödem, kalp yetersizliğinin göreceli olarak geç ama önemli bir bulgusudur. Venöz basınçta yükselme, su ve tuz retansiyonu yokluğunda genellikle görülmez. Ödemden önce, ekstrasellüler sıvıdaki artışa bağlı 3-5 kg civarında bir ağırlık artışı olur (21).

Normalde sıvı kapillerin arteryel uçlarından yaklaşık 30 mmHg'lik hidrostatik basınç 25 mmHg kadar olan kolloid osmotik basınçtan fazla olduğu için dokulara geçer. Sıvı hidrostatik basıncın yaklaşık 12 mmHg kadar olduğu venöz uçlardan reabsorbe edilir. Dokulardan sıvı reabsorbsiyonu yeterli düzeyde olmadığında ödem gelişir. Tek başına yüksek venöz basınç, kapillerlerin venöz uçlarındaki hidrostatik basıncı artırarak, ödeme neden olabilir. Yükselmiş venöz basınç hemen hemen her zaman kardiyak ödemi yaratan faktörlerden bir tanesidir.

Kalp yetersizliğinde ödemin lokasyonu lokal faktörlerce, özellikle de yerçekimi tarafından belirlenir. Yatağa bağımlı olmayan hastada alt bacak ve ayaklarda bilateral olarak görülür (51). Yatağa bağımlı hastalarda ise sakral bölgede birikir. Ödem çok fazla olduğunda alt ekstremitelerin tümünü genital organları, karın ve göğüs duvarı bölgesini ve hatta yüzü tutabilir (55).

2.1.10. 1. Sıvı Retansiyonu ve Ödeme Yönelik Semptom Yönetimi

Ödem kontrolü yapılmalıdır.

Ayak; ayak bileği çevresinde şişlik, her zaman giydiğiniz ayakkabınız rahat giyilmiyorsa,

Eller; parmağınıza taktığınız yüzüğünüz parmağınızı sıkıyorsa,

Gözler; göz kapaklarınız şişmiş ve gözaltında torbalar oluşmuşsa, göz çevresindeki kırışıklıklarda düzelme varsa,

Genel görünüm; vücudunuz şiş ve parlak görünüyorsa, kıyafetleriniz özellikle bel çevresi dar geliyorsa, nefes almakta zorluk çekiyorsanız sıvı birikimi vardır (24). Hipertansiyon kalp yetersizliği olan hastada hidrostatik basıncın artması sonucu ödemi artıracağından hipertansiyonu önleyerek ödem azaltılabilir.

- Yaşam bulguları ve santral venöz basıncı takip etmek önemlidir.
- Sıvı retansiyonu ve ödemde vücuttan su ve sodyum uzaklaştırılması gerekiyorsa, yüklenmiş volüm durumunun azaltması için diüretikler kullanılmalıdır.
- Ödem tedavisinin en belli başlı temeli sodyumdan kısıtlı diyet olmalıdır. Günlük Sodyum alımının <1500 mg/gün olacak şekilde azaltılması ile diüretiklerin yüksek dozlara çıkarılması gereksinimini azaltır.
- Hastanın cildini her gün kontrol etmek, pozisyonunu 2-3 saatte bir değiştirmek/değiştirmesini sağlamak cilt bütünlüğünün devamı ve dolaşımı hızlandırması açısından önemlidir.
- Yatak çarşaflarının kuru ve gergin olmasını sağlamak, gerekirse havalı yatak kullanmak önemlidir.
- Ağırlık takibi ödemli hastanın takibinde önemlidir. Hastaya günlük ağırlık takibinin önemi anlatılmalıdır. Birdenbire ağırlık artışı, üç günde iki kilogramdan fazla,

periferik ödem ve konjesyonun artması anlamına geldiğinden sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği hastaya anlatılmalıdır.

- Beklenmedik şekilde üç gün içerisinde $> 3-5$ kg artış durumunda hasta hekime başvurması konusunda bilgilendirilmelidir. Sodyum ve su kısıtlaması önerilmektedir (7, 21, 40, 49, 51, 53-54, 56).

2.1.11. Yorgunluk ve Uykusuzluk

Kalp hastalarında yorgunluk ve çabuk yorulma küçük bir efordan sonra meydana gelebildiği gibi kimi hastalar normal bir uykudan sonra sabahleyin yeterince dinlenememiş olarak uyaandıklarını ifade ederler (57). Uykusuzluk, yorgunluk ve halsizlik, kalp yetersizliği olan hastaların tarif ettiği ana semptomlardan birisidir. Kalp yetersizliği olan hastaların sıklıkla uyku bozukluğu yaşamasının, pulmoner konjesyon ve diüretik tedaviye bağlı noktürnal diürezi de içeren birçok nedeni vardır (31, 51).

Diğer bir yorgunluk sebebi de hipopotasemidir. Uzun zaman diüretik ilaçlarla tedavi edilen konjestif kalp yetersizliği hastalarında yorgunluk gelişebilir. Bu hastalardan bazılarında potasyum 100 ml’de 2-2.5 mEq gibi düşük düzeyde bulunabilir. Fakat kimi hastalarda da serum potasyum değerleri normal sınırlar içinde olduğu halde intrasellüler potasyumun azalmış olduğu gösterilebilir. İleri derecede kalp debisi düşüklüğü ile birlikte olan şiddetli sol kalp yetersizliği vakalarında serebral perfüzyonun azalması, hastalarda konsantrasyon bozukluğuna, mental konfüzyona, hafıza bozukluğuna, uykusuzluk ve anksiyeteye sebep olabilir (51,58).

2. 1. 11. 1. Yorgunluk ve Uykusuzluğa Yönelik Semptom Yönetimi

Yorgunluk için;

- Günlük işlerde öncelikler planlanmalı.
- Uzun aktivitelerde dinlenme molası verilmeli; zor işler adım adım ve dinlenerek yapılmalı.
- Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterilmeli, kahvaltının ve öğle yemeğinin yüksek kalorili, akşam yemeğinin hafif olmasına dikkat edilmeli.
- Çok sıcak havalarda bir saatlik öğle uykusu gibi uygun aktivite ve dinlenme programı hazırlanmalı.
- Stres de yorgunluğu artıran bir faktör olduğundan, stres azaltılmalı.
- Dinlenme için yeterli zaman ayrılmalı (58).

Uykusuzluk için;

Kalp yetersizliği hastalarında semptomlar, hastalığın ilerleyici süreci ve tedavi süreci ciddi stres kaynaklarıdır. Yaşanan stres uykuya dalma, uykuyu sürdürmede sorunlara yol açmaktadır. Özellikle dispne nedeniyle yaşanan ölüm anksiyetesi hastaların uykuya dalmasını engellemektedir. Hemşire hastaya stresle baş etme konusunda destek olmalı, hastalık ve tedavi sürecinde bilgi eksikliğini gidermeli, özellikle dispnenin varlığı hastaya açıklanmalı, hastaya gevşeme tekniklerini öğretmelidir. Hemşire hastanın, aynı saatte yatıp kalkmasını, gündüz uyumamasını, düzenli egzersiz yapmasını, çok aç ya da tok uyumamasını, rahat kıyafetlerle uyumasını sağlamalıdır (7, 22).

2. 2. HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANIMI HAKKINDA GENEL BİLGİLER

2. 2. 1. Hemşirelikte Model Kullanımı

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Bu bilgi, özellikle davranış ve sosyal bilimler alanında sıklıkla ‘kavram’ ve ‘kuram’ terimleri ile açıklanır. Son yıllarda “hemşirelik modeli” ve “hemşirelik teorisi” gibi deyimlerin kullanımı giderek artmış ve böylece, oluşturulan yeni terminoloji hemşirelikte yerini almaya başlamıştır (59). Yunanca’da “görüş” anlamına gelen “teori” sözcüğü “kavramların tanımlandığı, kavramlar arası ilişkilerin oluşturulduğu ve sonuçlara ilişkin tahminlerin yapıldığı, bir olayın sistematik olarak açıklanması” olarak tanımlanmaktadır (60). Model ise “kavramsal önermelere genel bir bakış açısı sağlayarak, uygulamaya aktarılmasına yönelik oluşturulan kavramsal düzenlemeler” şeklinde açıklanabilir (61).

Modern hemşireliğin kurucusu F. Nightingale'den bu yana hemşire teorisyenler hemşirelikte bilimsel bilgi oluşumu için teoriler üretmiş, hemşireliğin kavramsal çerçevesini oluşturmuş ve kavramlar arası ilişkileri test etmede farklı hemşirelik modellerini kullanmışlardır (59). Araştırmalara rehberlik etme ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi sağlama konusunda teori ve modeller önemli bir role sahiptir. Teori/model, bir davranışı etkileyebilecek faktörleri bir bütün olarak görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır (62). Hemşirelik modelleri odak noktası olarak bireyi ele alması nedeniyle hemşirelik aktivitelerini “iş merkezli” olmaktan uzaklaştırmaktadır (63). Araştırma ve uygulamada teori ve modellerin rehber alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil, hemşirelik rolü ve

uygulamalarına odaklanmasına yardımcı olmaktadır (64). Aynı zamanda profesyoneller arasında koordinasyonu sağlayarak, uygulamalarda daha az farklılıklara neden olmaktadır (65). Teori ve modeller hemşirelere bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği yüzlerce veriyi organize etme, analiz etme ve bu bilgiyi açıklama olanağı sağlarlar (60, 62-67).

2. 2. 2. Orem'in Genel Hemşirelik Kuramı

Öz bakım modeli Orem tarafından hemşireliğin yapılanması amacıyla geliştirilen genel hemşirelik kuramından gelmektedir. Kuramın gelişimi Orem'in 1956'da hemşireliğin anlamını sorgulaması ve onu tanımasıyla başlamıştır. Kavramsal çatının oluşması ise uygulamalı bir hemşirelik programı için eğitim programı geliştirme gereksiniminden ortaya çıkmıştır. 1959 yılında hazırladığı raporda Orem, öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiş, bireylerin öz bakım gereksinimlerini, öz bakım yeteneklerini sınırlayan durumları ve öz bakım yetenekleri sınırlı olanlara yardım etme yöntemlerini tanımlamıştır (59, 68).

Orem'e göre hemşirelik sanatı, yardım etme sanatını, yardım yöntemlerini, duruma uygun yardım teknikleriyle hemşirelik sistemlerini kapsamaktadır. Orem'e göre hemşireliğin amacı, bireyler kendi bakımını yapar hale gelinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa zamanda onun kendi bireysel bakımını üstlenmesini sağlamaktır (69).

Genel Hemşirelik Kuramı, bireylerin öz bakım gereksinimleri ile onları karşılama yetenekleri arasındaki ilişkiyi açıkladığı için, hemşirelikte öz bakım yetersizliği kuramı olarak da adlandırılmıştır. Bu genel kuram birbirleriyle ilişkili üç kuramdan oluşur ve ana kavramlar arasındaki ilişkileri tanımlar (70, 71).

- Öz Bakım Kuramı
- Öz Bakım Yetersizliği Kuramı
- Hemşirelik Sistemleri Kuramı (63, 70,71).

2. 2. 3. Öz Bakım Kuramı

Öz bakım kuramını anlamak için öz bakım kavramını, öz bakım yeteneğini, temel durumsal faktörleri ve tedavi edici öz bakım gereğini anlamak önemlidir. Öz bakım kavramı; Orem'in kuramının ana kavramlarından biridir. "Yaşamı, sağlığı ve iyilik

durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler” olarak açıklanan öz bakım, bireylerin kendi sağlığına sürekli katılımıdır (71).

Öz bakım, bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini, iyi olma durumlarını başlatmaları, sürdürmeleri ve idame ettirmeleri için gerekli aktiviteleri yerine getirmeleridir. Orem, öz bakımı “olgunluğa ya da erişkinliğe ulaşmış bir bireyin kendisi için kendisinin yaptığı, düzenli, kontrollü, etkili ve amacı olan bakım işlemleri” olarak tanımlamaktadır. Öz bakım yeteneği, insanın öz bakımını yapabilme durumu ya da gücüdür. Kişilerin yeteneklerini temel durumsal faktörler etkiler. Temel durumsal faktörler; yaş, cins, gelişimsel durum, sağlık durumu, sosyo-kültürel uyumu, sağlık bakım sistem faktörleri, aile faktörleri, yaşam paternleri, çevresel faktörlerdir. Normal olarak yetişkinler kendi bakımlarını yapabilirler. Bebekler, çocuklar, hastalar, öz bakım aktiviteleri için yardımcıya ihtiyaç duyarlar (62, 72).

Öz bakım etkinliklerini gerçekleştirme, sürekliliği olan bir kararı içerir. Öz bakım etkinliklerinin gerçekleştirilmesi süreci alışkanlık haline gelmedikçe, neyin yapılacağı ve onun nasıl yapılacağı konusunda bireylere açıklama yapılmasına gereksinim duyulacaktır. Öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasına güdülenen birey daha işlevsel olacağından, güdülenme de süreklilik kadar önemlidir. Bu durum öz bakımın amaçlı olduğunu gösterir. Belli bir düzeni ve biçimi olan bu eylemler, bireyin öz bakım davranışını yansıtır ve ancak etkili şekilde gerçekleştirildiği zaman, insanın yapısal bütünlüğüne, işlevselliğine ve gelişimine katkıda bulunur (73, 74).

2. 2. 4. Öz Bakım Gereksinimleri

Öz bakım gereksinimleri, gelişme ve insan fonksiyonlarının görüşünü düzenlemek için geçerliliğe sahip hipotezlerin yapıldığı veya gerekli bilgilerin verildiği eylemlere ilişkin sezgilerin, ifade edilmesi ve açıkça belirtilmesidir. Öz bakım gereksinimleri konseptinin üç boyutu vardır. Bunlar;

1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri
2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri
3. Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri (59, 63, 69).

2. 2. 4. 1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Evrensel öz bakım gereksinimleri, insanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan temel istek ve gereksinimleridir. İnsanoğlunun hava, su, yiyecek gibi bazı temel maddeleri almaya, yaşam süreçlerini destekleyen ve sürekliliğini sağlayan yapısal ve işlevsel bütünlüğü sürdürmeye gereksinimi vardır. Evrensel öz bakım gereksinimleri, insan yaşamında sürekli var olan temel gereksinimlerdir ve sağlıklı durumu sürdürmek için gerekli olan sekiz evrensel öz bakım gereksinimi tanımlanmıştır.

Orem, evrensel öz bakımın gereksinimlerini aşağıdaki gibi sıralamıştır:

1. Yeterli hava alımının sağlanması
2. Yeterli su alımının sağlanması
3. Yeterli besin alımının sağlanması
4. Boşaltım süreci ve dışkılama ile ilgili bakımın sağlanması
5. Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanması
6. Yalnızlık ve sosyal ilişki arasındaki dengenin sağlanması
7. İyilik halinin devam etmesi, insan temel yapı ve fonksiyonlarını bozan risklerin önlenmesi
8. Bireyin sınırlılıkları ve istekleri arasında uyum olması (69).

Bu sekiz gereksinim insanın yapı ve işlevselliğini sürdürmeyi sağlar. Ayrıca bireyin gelişim ve olgunlaşmasını sağlayan internal ve external durumlar sonucunda insan eylemlerinin çeşitliliğini gösterir. Evrensel gereksinimler etkili şekilde karşılandığı zaman, sağlığı ve iyiliği pozitif yönde destekler. Sağlıklı bir bireyin bu temel gereksinimleri karşılayabilmesi için öz bakım yeteneklerine sahip olması gerekir (59, 75).

2. 2. 4. 2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen pek çok olay ve koşulların meydana gelmesinden dolayı bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü olan öz bakım gereksinimleri olarak tanımlanmaktadır. Gelişimsel gereksinimler, farklı gelişimsel düzeylerde yer alan özel bakım davranışlarıdır. Bu gereksinim kuramının geliştirildiği ilk yıllarda evrensel öz bakım gereksinimleri içinde ele alınmıştır. İnsan

yaşamındaki gebelik, doğum, ebeveyn veya eş kaybı gibi gelişimsel durumların çok çeşitli olması nedeniyle ayrı bir sınıflamada incelenmesi uygun görülmüştür. Bir gelişimsel dönemle ilgili veya bir olayla ilgili olarak ortaya çıkan gereksinimleri içerir.

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri ayrıca, insanın gelişmesini etkileyebilecek “eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş ve dost kaybı, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık” gibi durumların sağlığa zararlı etkilerinden korunmasını, bu durumlarla başa çıkabilmek ya da en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını da gerektirir (59).

2. 2. 4. 3. Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri

Kişi evrensel öz bakım gereksinimlerini sağlayamadığında sağlıktan sapmada öz bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimi; tıbbi tanı ya da tedaviye maruz kalındığında, defektler ve yetenek kayıpları ya da patolojik durumların özellikleri, hastalık ya da yaralanmalarda ortaya çıkar. Orem bu gereksinimleri sağlıktan sapmada öz bakım gereksinimleri olarak adlandırılmıştır. Orem, sağlık sapmalarında öz bakımı "yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen" olarak tanımlar. Hemşire hasta ile birlikte öz bakımın odağındaki çok yönlü bir etken olduğunda, sağlıktan sapmalarda öz bakımın çift yönlü etkilerini fark etmek zorundadır.

Hastalık veya yaralanma yalnızca özel yapıları, fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları değil aynı zamanda bütün insan fonksiyonlarını etkiler. Bu dönemde insanın bazı öz bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (62, 71).

Orem'e göre hemşirelik girişimine gereksinim gösteren durumlar; bireylerin kendi yetenekleri ve var olan gereksinimleri arasındaki dengeyi sürdüremedikleri durumlardır. Gereksinimler yetenekleri aştığı zaman oluşur. Bu türdeki öz bakım gereksinimleri, hasta veya yaralı kusurları ve yetersizlikleri de içerecek şekilde, özel türlerde patolojik durum veya sakatlıklara sahip ve tıbbi tanı ve tedavisi devam eden kişiler için mevcuttur. Uzun zaman devam eden durumlara bağlı olarak, sağlık sapmalarının özellikleri, bakım talep türlerini belirler. Hastalık veya yaralanma, sadece belirli yapıları, psikolojiyi ya da psikolojik mekanizmaları etkilemekle kalmaz, bunun yanında tüm insan fonksiyonlarını da etkiler. Tüm fonksiyonlar ciddi şekilde etkilendiğinde, bireyin gelişen veya gelişmiş bütün olma gücü, kalıcı veya geçici olarak ciddi şekilde arızalanır. Anormal sağlık durumlarında, öz bakım gereksinimleri, hem hastalık

durumu, hem de tanı ve tedavide kullanılan ölçüler sebebiyle ortaya çıkar. Sağlık sapması öz bakım gereksinimlerini karşılayan bakım ölçüleri, bireylerin öz bakım sistemleri veya bağımlı bakımın eylem parçalarından oluşmalıdır. Öz bakım veya bağımlı bakım sistemlerinin karmaşıklığı, belirli zaman aralıklarında karşılanması gereken sağlık sapması gereksinimleri türlerinin sayısına bağlı olarak artar.

Yaralanma, hastalık ya da rahatsızlık deneyimleyen bireyin ek bazı öz bakım gereksinimlerinin olması mümkündür. Orem bu gereksinimleri sağlıktan sapmada öz-bakım gereksinimleri olarak adlandırmıştır. Kişinin fiziksel yapısındaki ya da davranış ve günlük yaşam alışkanlıklarındaki belirgin değişiklikler kişiler arası ilişkide aşırı gerginlik, ruh halinde ani değişimler, yaşama bağlılığın, ilginin kaybı, gibi bazı sorunlara yol açabilir.

Orem, yaşamın sürekliliği için öz bakımın gerekliliğini savunur. Bu üç grup gereksinim etkili bir biçimde karşılandığında, aşağıda sıralanan durumların gerçekleşmesi sağlanmış olur:

- Yaşam sürecinin desteklenmesi,
- Normal sınırlar içinde insan yapı ve işlevselliğinin sürdürülmesi,
- İnsan potansiyeline uygun olan gelişmenin desteklenmesi,
- Patolojik durum ve yaralanmalardan korunma,
- Yaralanma ve patolojik durumları kontrol altına alma ya da kontrol altına almaya katkıda bulunma,
- Genel iyilik durumunu geliştirme (59, 63, 71).

2. 2. 5. Öz Bakım Gücü

Öz bakım anlayışı içinde büyük bir kavram olan öz bakım gücü, sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir. Aynı zamanda öz bakım gücü, bireyin öz bakım gereksinimlerini önceden bilme ve gerçekleştirme yeteneğidir. Öz bakım gücünden önce insani güç kavramının açıklanması gerekir. İnsani güç, bir kişinin eylem yapma yeteneği, gücü veya bilgisidir ve aynı zamanda zihinsel etkinliği, psikomotor gelişmeyi ve duygulanımları da kapsamaktadır. Esas olarak da bilgi düzeyi, tutumlar, değerler,

inançlar ve beceri gelişimidir. Öz bakım gücü bireyin yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma veya uygulama yeteneğidir (59, 63, 71).

2. 2. 6. Terapötik Öz Bakım Gereksinimi

Orem, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme için gerekli olan tüm öz bakım eylemlerini “terapötik öz bakım gereksinimi” olarak tanımlamıştır. Terapötik öz bakım gereksinimi, öz bakım ajanı olarak bireylerin, sağlık ve iyilik durumlarını sürdürmek için karşılamak zorunda oldukları ve gereksinim duydukları özel eylemler dizisidir. Kişilerin bu gereksinimi yaşam süresince değişim gösterir. Terapötik öz bakım gereksinimi, evrensel öz bakım uygulamalarını değiştirme ya da gerçekleştirme gereksinimlerinden, sağlıktan sapma ya da yaşamsal olaylardan, sağlıktan sapma ya da yaşamsal olayları tedavi etmek için kullanılan teknolojilere bağlı olarak artma özelliği gösterir (75).

2. 2. 7. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

Öz bakım yetersizliği kuramındaki, yetersizlik kişinin yapması gereken davranışlarla şu anda yapabildiği arasındaki farkı anlatmaktadır. Buradaki yetersizlik bir bozukluktan ziyade bir ilişkiyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Orem’e göre hemşirelik ve öz bakım, hem entelektüel hem de uygulama aşamasını içerir. Hemşirelik sürecinde, bir hastanın neden hemşirenin yardımına gereksinim duyduğunun belirlenmesi ve hemşirenin bu yardımı nasıl verebileceği ile ilgili kararlar vermesi entelektüel etkinliklerdir. Hemşirenin hasta için yardım eylemine başlaması ve bunu sürdürmesi ise uygulama etkinliğidir. Bireylerin hemşireliğe gereksinimleri, sağlıkla ilişkili durumlarda gerekli düzenleyici bakımı kendilerine ya da bakımları altındaki bireylere sağlayamadıkları durumlarda ortaya çıkar (59, 63, 69, 71, 75).

Öz bakım yetersizliği “öz bakım davranışları ile tedavi edici öz bakım ihtiyacı arasındaki bir ilişkidir”. Gereksinim bireyin beceri ya da karşılama yeteneğini aşan bir düzeydeyse dengesizlik oluşur ve bu duruma öz bakım yetersizliği denilmektedir (76).

2. 2. 8. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Hemşirelik sistemleri kuramı içinde öz bakım yetersizliği ve öz bakım kuramı mevcuttur. Hemşirelik kuramı hemşirelik uygulamaları ve içeriği için temel yapıyı oluşturur. Hemşirelik sistemleri görece olarak durağan ya da değişen ortamlarda ortaya çıkan ya da çıkabilecek olan tedavi edici öz bakım isteğinin sağlıkla ilişkili ya da

hastalık sonucunda oluşan öz bakım davranışlarındaki kısıtlılıkları gidermeye yöneliktir. Hemşirelik sistemleri kuramı, insanlara hemşirelik ile nasıl yardım edileceğini açıklar.

Orem'in hemşirelik kuramında, hemşirelik bir toplum hizmeti, bir sanat ve bir teknoloji olarak ele alınır. Orem'e göre bir toplum büyük ölçüde yalnızca ortak coğrafi alanı ve çevreyi değil, yaşam biçimini düzenleyen ve yöneten kurumlarda ortak bir etkiyi ve ilgiyi paylaşan bir grup, birey ve aileden oluşur. Bir sağlık hizmeti olarak kabul edilen hemşirelik, bir hemşireyle bir hastanın sosyal olarak karşılaşmasını gerektirdiği ve onlar arasındaki karşılıklı eylemi içerdiği için insanlar arası bir süreçtir. Hemşirelik, toplum gereksinimlerini karşılamak üzere planlanmış, geliştirilmiş ve güçlendirilmiştir (59, 71, 75).

Hasta ya da sağlam bireylerin gereksinimlerinin karşılanması için üç tip düzenleyici hemşirelik sistemi tanımlanmıştır. Bunlar;

- Eksikliği tümüyle giderici hemşirelik sistemi,
- Eksikliği kısmen giderici hemşirelik sistemi,
- Destekleyici- eğitsel hemşirelik sistemi.

2. 2. 8. 1. Eksikliği Tümüyle Giderici Hemşirelik Sistemi

Hastanın öz bakımında hiçbir aktif etkinliğin olmadığı durumları temsil eder. Hemşire, hastanın her türlü gereksinimini karşılamak için yardım eder.

2. 2. 8. 2. Eksikliği Kısmen Giderici Hemşirelik Sistemi

Hemşire hastanın bakım önlemlerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirdiği bir durumu temsil eder. Örneğin; kalp yetersizliği tanısıyla acil servise başvuran bir hastanın ödem ve kilo takibi, boşaltım ve hareket gereksinimi için daha fazla yardıma gereksinimi olabilir.

2. 2. 8. 3. Destekleyici Eğitsel Hemşirelik Sistemi

Hastanın gerekli öz bakım önlemlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu, fakat bunu yardımcı olmadan yapamadığı bir sistemdir. Hemşirelik sisteminin seçimi, “öz bakım eylemlerini kimin gerçekleştirebileceği ya da gerçekleştirmesi gerektiği” sorularının yanıtına dayanır. Hemşirenin rolü, hastanın öz bakım gücünü yükseltmektir. Örnek; Bu sistemde kalp

yetersizliği hastasının yaşam şekli değişikliğine uyum ve semptom yonetimi hakkında bilgi gereksinimi vardır (73, 76).

2.2.9. Orem'in Modeline G6re Kalp Yetersizliği Hastalarında Bakım Gereksinimine G6re Hemşirelik Tanıları

Çizelge 2. 6. Hemşirelik Tanıları

<p>Evrensel 6z Bakım Gereksinimlerine Y6nelik Tanılar</p> <p>Beslenmede yetersizlik</p> <p>Sıvı alımında bilgi eksikliği</p> <p>Konstipasyon</p> <p>Uyku d6zeninde bozukluk</p> <p>Yorgunluk</p> <p>Aktivite intoleransı</p>
<p>Gelişimsel 6z Bakım Gereksinimlerine Y6nelik Tanılar</p> <p>Rahatta değişim (ağrı)</p> <p>Rol performansında değişiklik</p>
<p>Sağlıktan Sapmalarda 6z Bakım Gereksinimlerine Y6nelik Tanılar</p> <p>Gaz değişim yetersizliği</p> <p>Kardiyak outputun azalması</p> <p>Sıvı vol6m fazlalığı</p> <p>Sıvı vol6m eksikliği</p> <p>Periferel doku perf6zyonunun azalması</p> <p>Bilgi eksikliği (tedavi)</p> <p>Bilgi eksikliği (komplikasyonlar)</p> <p>Bilgi eksikliği (beslenme, diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişikliği)</p> <p>Anksiyete</p> <p>Cilt b6t6nl6đ6n6n bozulması</p>

Çizelge 2.6'da Orem'in modeline g6re kalp yetersizliği hastalarında bakım gereksinimine g6re hemşirelik tanıları verilmiştir (7, 22, 31).

2. 2. 10. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakım Planı

Hemşirelik Tanısı 1: Kalp kasının yetersizliğine, ya da preload, afterloadun artmasına bağlı **Kalp Debisinin Azalması**

Amaç

- Kardiyak debinin azalmasını gösteren belirti ve bulguları erken saptamak,
- Komplikasyonları önlemek.

Beklenen sonuçlar; Hastanın kalp debisi optimal durumdadır;

- Solunum seslerinin iyileşmesi,
- Periferel nabızların alınması,
- Solunum sayısı 12-20/dk. arasında olması,
- Dispne, ortopne durumunun düzelmesi,
- Ödemin azalması veya kaybolması.

Girişimler

- Hastanın tansiyon, nabız, solumun sayısı gibi hayati bulguları izlenir,
- Dört saatte bir solunum sesleri dinlenir,
- Cilt sıcaklık, renk ve kapiller dolgunluk yönünden izlenir,
- İsteme uygun diüretik, dijital ve vazodilatatör ilaçlar verilir,
- Elektrolit düzeyleri özellikle potasyum izlenir. Diüretikler potasyum düzeyini düşüreceklerdir. Potasyumu normal düzeyde tutmak için isteme uygun potasyum verilir,
- Dijital vermeden önce kalp hızına dikkat edilir, 60/dk'nın altındaysa hekime haber verilir. Hasta dijitalle beraber uzun süre kalsiyum kanal blokeri ya da beta bloker kullanıyorsa hekime bildirilir.

Hemşirelik Tanısı 2: Pulmoner kapiller basıncın artmasıyla alveolar kapiller membrandaki değişikliğe bağlı **Gaz Değişiminde Bozulma**

Amaç: Solunum fonksiyon değişikliğini gösteren belirtileri azaltmak ya da önlemek.

Beklenen sonuçlar;

- Hastada dispne, ortopeninin olmaması,
- Hastanın rahat görünüyor olması,
- Solunum hızı, ritmi ve derinliğinin normal sınırlar içinde olması,
- Normal renkte sıcak ve kuru deri,
- Arteriyel kan gazları normal değerler arasında olması.

Girişimler

- Solunum fonksiyonundaki değişiklikler izlenir,

- Arteriyal kan gazında hipoksi, hiperkapni izlenir,
- Pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu izlenir, %90'dan az ise hekime haber verilir,
- Entübasyon ve mekanik ventilasyon gereksinimine yönelik hazırlık yapılır,
- Vücudun ihtiyacı olan oksijeni karşılamak için 2-6 lt/dk'dan oksijen maske veya nazal kanülle verilir,
- Diyaframa olan baskıyı azaltmak için hastanın başı semifowler ya da fowler pozisyonuna getirilir,
- Hastaya sekresyonlarını atmak ve ventilasyonu kolaylaştırmak için öksürmesi söylenir, bu konuda yardım edilir.

Hemşirelik Tanısı 3: Renal perfüzyonun azalmasına bağlı Sıvı Volüm Fazlalığı

Amaç:

- Sıvı volüm fazlalığının belirti ve bulgularını erken belirlemek
- Sıvı volüm fazlalığına bağlı komplikasyonları önlemek

Beklenen sonuçlar; Sıvı volüm fazlalığını gösteren belirtilerin olmaması,

- Kilo normale doğru azalır,
- Nabız ve tansiyon normal sınırlardadır,
- Aldığı-çıkardığı giren +600, çıkan +400 şeklinde dengededir,
- Dispne, ortopne azalır,
- Ödem ve asit azalır,
- Santral venöz basınç normal sınırlar içindedir,
- Boyun venlerinde dolgunluk azalır.

Girişimler

- Sıvı retansiyon belirtileri, konjesyon artışı ve tedaviye cevap izlenir,
- Santral venöz basınç takibi yapılır ve değerlendirilir.
- 4-8 saatte bir kalp ve akciğer sesleri dinlenir,
- Kan üre azotu (BUN), Na ve kreatinin değerleri izlenir,
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır, değerlendirilir ve kaydedilir,
- Günlük ağırlık takibi yapılır, aynı saatte, aynı tartıyla, aynı kıyafetlerle tartılmalıdır,
- İstem yapılan sıvıların hızlı verilmesinden kaçınılmalıdır,
- İstem yapılan diüretik ve vazodilatatör ilaçlar etkileri ve toksisite belirtileri izlenerek verilmelidir,
- Sodyum ve sıvı kısıtlı diyetin sürdürülmesi sağlanır.

Hemşirelik Tanısı 4: Elektrolit Dengesizliği

Amaç:

- Elektrolit dengesizliğinin belirti ve bulgularını erken belirlemek,
- Elektrolit dengesizliğine bağlı komplikasyonları önlemek.

Beklenen sonuçlar; Sodyum ve potasyum normal değerler arasındadır.

Girişimler

1. Hiponatremi belirti ve bulguları değerlendirilir, normalden sapmalar hekime bildirilir;

- Halsizlik, yorgunluk,
- Bulantı, kusma,
- Oryantasyon bozukluğu,
- Abdominal kramplar,
- Na⁺ 137 mEq/L↓ olması,
- İdrarın yoğunluğu 1010↓.

2. Hipopotasemi belirti ve bulguları değerlendirilir, normalden sapmalar hekime bildirilir;

- Uyuşukluk ve reflekslerde azalma,
- Abdominal gerginlik-gaz,
- Kas gevşemesi,
- EKG değişiklikleri-kardiyak aritmiler, hipotansiyon,
- Plazma potasyumun 3.5 mEq/L ↓ olması.

3. Tedavi

- Hekim istemine göre ilave sodyum oral /IV verilir,
- Diyetine potasyumdan zengin besinler ilave edilir (muz, portakal, kuru üzüm, kuru incir, yeşil yapraklı sebzeler, ıspanak, domates v. b.),
- Hekim istemine göre potasyum tuzları verilir.

Hemşirelik Tanısı 5: Bozulan dolaşım ve metabolik duruma bağlı Deri Bütünlüğünde

Bozulma Riski

Amaç: Deri bütünlüğünü korumak ve sürdürmek.

Beklenen sonuçlar; derinin bütünlüğünün korunması, sıcak ve kuru deri, normal renkte olması.

Girişimler;

- Deri her gün kızarıklık, soyulma ve ülserasyon belirtileri yönünden izlenir,
- Deri temiz ve kuru tutulur,

- Yatak istirahatinde ise iki saatte bir pozisyon verilir, havalı yatak gibi alternatif aletlerden yararlanılır,
- Hastanın durumuna uygun sıklıkta yataktan çıkmasına yardım edilir,
- Deri kuru ve temiz tutulur, 2-4 saatte bir masaj yapılır, kızarıklık bölgelere masaj yapılmaz.

Hemşirelik Tanısı 6: Beslenmede değişiklik Vücut Gereksiniminden Az Beslenme

Amaç: Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak.

Beklenen sonuçlar;

- Yeterli beslenmeyi gösteren belirtilerin olması,
- Kuru vücut ağırlığının yaşa ve vücut yapısına uygun olması,
- İştahın artması,
- Deri turgorunun normal olması,
- Kas gücünün artması.

Girişimler

- Malnütrisyon, kaşeksi belirtileri günlük izlenir: boya ve yaşa göre ideal vücut ağırlığının %20 veya daha altında olması, triceps çevresinin ölçüsünde azalma, stomatit, anoreksia, yorgunluk ve güçsüzlüğün artması, albümin, transferin, demir bağlama kapasitesi, BUN değerlerinde azalma bulguları izlenir,
- Aynı saat, aynı tartı, aynı kıyafetlerle günlük kilo takibi yapılır,
- 2-4 saatte bir ağız bakımı verilir,
- Yemek zamanlarına göre bulantı- kusma ilaçları ayarlanır,
- Yemesi için zorlanmaz,
- Diyetisyenle görüşülerek besin değeri yüksek diyet alması sağlanır, yiyecekleri seçmesine yardım edilir,
- Sık ve küçük öğünler düzenlenir.

Hemşirelik Tanısı 7: Düşük kardiyak output sonucu gelişen yorgunluğa bağlı Aktivite İntoleransı

Amaç: Aktivite toleransını kontrol etmek ve giderek artırmak.

Beklenen sonuçlar; Aktivite toleransının artması, aktivite süresince ve aktivite sonrası EKG, tansiyon, solunum, nabzın kabul edilebilir sınırlarda olması beklenir.

Girişimler

- Aktivite intolerans belirtileri izlenir, tansiyon, nabız, solunum aktiviteden önce ve sonra kontrol edilir, uzun yatak istirahatinin neden olabileceği ortostatik hipotansiyona dikkat edilir,
- Yatakta veya sandalyede hasta dinlenirken ayakları elevasyona alınır,
- Yorgunluğa neden olan faktörler belirlenir, ziyaretçi sayısı, kalma süreleri gibi enerji sarf ettiren durumlar kısıtlanır,
- Hemşirelik bakımı hastanın dinlenme periyodlarına göre düzenlenir,
- Banyoda sandalye kullanmak gibi yorgunluk en az olacak şekilde aktiviteler uygulanır (22, 31, 77-79).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması (metodolojik bölüm), ikinci aşamada kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisi (deneysel bölüm) değerlendirilmiştir.

3.1. I. AŞAMA: KALP YETERSİZLİĞİ MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI (METODOLOJİK BÖLÜM)

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla yapılmış, metodolojik bir çalışmadır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Antalya il merkez sınırı içinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Klinikleri'nde yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya il merkez sınıırı içinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Poliklinik ve Kardiyoloji Klinikleri' ne başvuran kalp yetersizliği tanısı alan klinik açıdan stabil hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın evrenini 2009 Haziran- 2010 Haziran arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Üniteleri'nde kalp yetersizliği tanısı almış, yatan 760 hasta oluşturmaktadır.

Çalışmamızda örnekleme alınacak bireylerin belirlenmesinde oranlı tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak her bir hastaneden ne kadar örneklem seçileceği belirlenmiştir. Araştırmanın ilk bölümünün örnekleme, ölçek çalışmalarında örneklem büyüklüğü belirlenmesinde kullanılan yöntem ile belirlenmiştir. Bu yöntemle göre örneklem büyüklüğü ölçekte bulunan değişken sayısının 5-10 katı alınması önerilmektedir (80). Ölçekte 32 madde vardır. Örneklem büyüklüğü madde sayısının 6 katı olacak şekilde hesaplandığında 192 kişilik bir örneklemin araştırmanın evrenini temsil etmede yeterli olacağına karar verilmiştir. Araştırmanın birinci bölümünün örneklem büyüklüğü Çizelge 3.1'de verilmiştir.

Çizelge 3. 1. I. Aşama Örneklem Büyüklüğü

Kurum	Evren n= (760)	Örneklem n= (192)
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	350	89
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	206	52
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	204	51

Çalışmada 210 hastaya ulaşıldığı için çalışmanın örnekleme 210 hastadan oluşmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 92, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 53, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nden 65 olmak üzere toplam 210 akut ve kronik kalp yetersizliği tanısı almış hasta ile görüşülerek uygulama tamamlanmıştır. Araştırmanın birinci bölümünün örnekleme dahil olma ve dışlanma ölçütleri Çizelge 3.2'de verilmiştir.

Örneklem Özellikleri

Çizelge 3. 2. I. Aşama Örneklem Özellikleri

Örnekleme Dahil Olma Ölçütleri	Örneklemeden Dışlanma Ölçütleri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uzman hekim tarafından hastanede kalp yetersizliği tanısı almış olan, 2. New York Kalp Birliği (NYHA) sınıflama kriterlerine göre stabil sınıf II, III ve IV kalp yetersizliği olan, 3. Okur- yazar olan, 4. Klinik durumu stabilleşmiş hastalar, 5. Diyabet ve hipertansiyonu kontrol altına alınan, 6. 40 yaş ve üzerinde olan, 7. Antalya il merkezinde ikamet eden, 8. Akut ve kronik kalp yetersizliği olan, 9. Araştırmayı kabul eden bireyler çalışmaya alınmıştır. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nöromusküler bir problemi olan, 2. Ciddi kognitif problemler ve psikiyatrik hastalıkları olan, 3. Fiziksel limitasyonların varlığı (görme, duymada yetersizlik, ortopedik problemler gibi) olan, 4. Kronik böbrek yetersizliği olan, 5. 40 yaş altı olan, 6. NYHA I tanısı almış olan 7. Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isteyen bireyler çalışmaya alınmamıştır.

3. 1. 4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın birinci aşamasında hastaları tanıtan Hasta Bilgi Formu ve Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği olmak üzere iki form kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasının verileri 1 Temmuz-1 Aralık 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.4.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ve kalp yetersizliği hastalığına ilişkin verileri elde etmek amacıyla, konuyla ilgili literatürden yararlanarak danışman görüşü alınarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 22 sorudan oluşan bir formdur (Ek 1a).

3.1.4.2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Skalası

Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Skalası (Ek 2) Portenoy (81) tarafından 1994 yılında kanserli hastalardaki semptomları değerlendirmek için geliştirilen Memorial Symptom Assessment Scale, Zambroskia et al. (82) tarafından

kalp yetersizliği olan hastalardaki semptomları değerlendirmek üzere yeniden düzenlenmesiyle oluşturulmuştur.

Yeni MSAS-HF, kalp yetersizliği olan hastaların bir önceki hafta boyunca deneyimledikleri 32 semptomun üç alt boyutu hakkında bilgi elde etmek için geliştirilmiştir. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin üç alt boyutu fiziksel semptomlar, psikolojik semptomlar ve kalp yetersizliği semptomlarından oluşmaktadır. Her semptomun; sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissini içeren üç boyutu değerlendirilir. Skala ile 32 semptomdan 26'sının bu süre içerisindeki sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissi; 6 semptomun ise bu süre içerisindeki şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissi değerlendirilir. Eğer bir semptom deneyimlenmediyse, hasta "karşılaşmadım" kutusunu işaretleyebilir. Eğer hasta semptom deneyimlediyse, hasta bunun sıklığını ve şiddetini dört, verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissini ise beş puanlı likert tipi bir skala üzerinde tanımlar (82, 83). Sıklık ve şiddet ölçümleri için değerler birden dörde kadardır. '1' sıklık boyutunda "nadiren", şiddet boyutunda "hafif"; '2' sıklık boyutunda "ara sıra", şiddet boyutunda "orta"; '3' sıklık boyutunda "sık sık", şiddet boyutunda "şiddetli"; '4' sıklık boyutunda "neredeyse sürekli", şiddet boyutunda ise "çok şiddetli" yi gösterir. Hesaplamanın kolaylığı için sıkıntı boyutundaki değerler, diğer boyutlara benzer şekilde 4 puan üzerinden puanlanır: Hiç →0.8, Az →1.6, Biraz →2.4, Fazla →3.2, Çok fazla →4.0. Hesaplama ilk adımda her bir semptomun puanı (semptom yükü) hesaplanır. Eğer bir semptomla karşılaşılmadıysa, o semptomun puanı ya da yükü sıfırdır. Semptomla karşılaşıldı ise, üç boyutu olan semptom için puan; sıklık, şiddet ve sıkıntı ya da rahatsızlık hissi boyutlarındaki puanların ortalaması alınarak, ya da iki boyutu olan semptom için puan; şiddet ve sıkıntı ya da rahatsızlık hissi boyutlarındaki puanların ortalaması alınarak hesaplanır. MSAS-HF'nin üç alt boyutu vardır. Alt boyutlar dışındaki semptomlar global semptomları oluşturmaktadır (81, 82). Çizelge 3.3'te MSAS-HF' nin Alt Boyut Semptomları verilmiştir.

Çizelge 3. 3. MSAS-HF' nin Alt Boyut Semptomları

Fiziksel Semptom	Psikolojik Semptom	Kalp Yetersizliği Semptomu	Global Semptomlar
3-Göğüs ağrısı dışında herhangi bir ağrı/ diğer ağrı 6 -Ağız kuruluğu 7 -Mide bulantısı 8 -Uyku/ sersemlik hali 11- Şişkinlik hissi 14-Halsizlik hissi/yorgunluk 16- Kusma 24 -İştahsızlık 25 -Baş dönmesi 27-Tat duyusunda değişiklik 28- Ağırlık kaybı 29 -Kabızlık	1-Konsantrasyon güçlüğü 5-Kaygı/ tedirginlik 10-Uyku güçlüğü/uykusuzluk 19-Üzgün/ üzüntülü hissetme 21- Endişelenme 26-Aşırı alınganlık/sinirlilik	2- Göğüs ağrısı 13- Çarpıntı 15-Gece solunum güçlüğü ile uyanma 31- Ağırlık kazanımı 32-Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü	4- Öksürük 9-Ellerde/ayaklarda karıncalanma 12- İdrar problemi 17- Solunum güçlüğü/ yetmezliği 18- İshal 20- Terleme 22-Cinsel ilgi veya cinsel ilişki problemi 23- Kaşıntı 30- Kol veya bacaklarda şişme

3.1.5. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, hasta odasında haftanın her günü kalp yetersizliği hastalarına çalışmanın amacı anlatılarak, bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmış ve yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama süresi her katılımcı için ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0 paket programı ile yapılmıştır. Çizelge 3.4'te verilerin değerlendirilmesi yer almaktadır.

Çizelge 3. 4. Birinci Aşama Verilerin Değerlendirilmesi

VERİLERİN ANALİZİ	İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER
Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	Sayı ve Yüzde
Geçerlik Analizi	
Dil Geçerliği	İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye Çeviri
Kapsam Geçerliği	Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
Ölçüt Geçerliği	NYHA Sınıflaması ile Korelasyon
Güvenirlilik Analizi	
Zamana Göre Değişmezlik	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
İç Tutarlık	Cronbach Alfa Katsayısı Hesaplama
Madde Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu

3.2. II. AŞAMA: KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTALARDA PLANLI HASTA EĞİTİMİNİN SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ (DENEYSEL BÖLÜM)

Araştırmanın ikinci aşamasında kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisi değerlendirilmiştir.

3.2. 1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın tipi deneyseldir. Ön test –son test düzeni kullanılarak yapılan, randomize olmayan, deneysel bir çalışmadır.

3. 2. 2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Antalya il merkez sınırı içinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği post-op, yatan hasta ve koroner yoğun bakım ünitesi olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Koroner yoğun bakım ünitesi haricinde klinik 27 yatak kapasitesine sahip olup, altı hemşire çalışmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde iki tane üç yataklı oda, bir tane iki yataklı oda, on iki tane tek yataklı oda ve bir tane yedi yataklı hasta odası bulunmaktadır. Klinikte gündüz mesaisinde sorumlu hemşire ile birlikte üç hemşire, gece mesaisinde de iki hemşire görev yapmaktadır. Çalışma saatleri 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 olarak iki

vardiyalıdır. Kardiyoloji Kliniği'nde genel olarak kalp yetersizliği, miyokart infarktüsü, stabil olmayan anjina ve kalıcı pace-maker uygulaması planlanan hastalar yatmaktadır.

3.2.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın ikinci bölümünün evrenini Haziran 2009 - Haziran 2010 arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde kalp yetersizliği tanısı almış 350 hasta oluşturmaktadır.

3.2.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Bu araştırmanın deseni belirlenirken etki büyüklüğü 0.8 olarak öngörülmüştür. Güven aralığı %95 ve %83 güç değerli analizine göre katılımcı sayısı, toplam 90 hasta olarak hesaplanmıştır. Müdahale ve kontrol olarak her grup için örneklem sayısı 45 hasta, toplam 90 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın sonunda yeniden güç ve etki büyüklüğü hesabı yapılmıştır. Bu hesaba göre araştırmanın etki büyüklüğünün yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır.

3.2.3.2. Araştırmaya Alınma - Çıkarılma Ölçütleri

Araştırmanın ikinci bölümünün örnekleme dahil olma ve dışlanma ölçütleri **Çizelge 3.5**'te verilmiştir.

Çizelge 3. 5. II. Aşama Örneklem Özellikleri

Örnekleme Dahil Olma Ölçütleri	Örneklemeden Dışlanma Ölçütleri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uzman hekim tarafından hastanede kalp yetersizliği tanısı almış olan, 2. New York Kalp Birliği (NYHA) sınıflama kriterlerine göre stabil sınıf II, III ve IV kalp yetersizliği olan, 3. Okur- yazar olan, 4. Klinik durumu stabilleşmiş hastalar, 5. Diyabet ve hipertansiyonu kontrol altına alınan, 6. 40 yaş ve üzerinde olan, 7. Antalya il merkezinde ikamet eden, 8. Akut ve kronik kalp yetersizliği olan, 9. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya alınmıştır. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nöromusküler bir problemi olan, 2. Ciddi kognitif problemler ve psikiyatrik hastalıkları olan, 3. Fiziksel limitasyonların varlığı (görme, duymada yetersizlik, ortopedik problemler gibi) olan, 4. Kronik böbrek yetersizliği olan, 5. 40 yaş altı olan, 6. NYHA I tanısı almış olan 7. Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isteyen bireyler çalışmaya alınmamıştır.

3.2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ikinci bölümünde hastaları tanıtan Hasta Bilgi Formu (Ek 1b), Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği -MSAS-HF (Ek 2), Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek 3), Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği (Ek 4), Dispne ve Yorgunluk Borg Skalası (Ek 5), Kalp Yetersizliği Hasta Eğitim Kitapçığı (Ek 7) formları kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasının verileri 01 Mart 2012 - 31 Aralık 2012 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2.4.1. Hasta Bilgi Formu

İkinci aşamada kullanılan sosyo-demografik özellikler, hastalık ile ilgili özellikler ve eğitim alma durumları ile ilgili bilgilerin değerlendirildiği bireye ve hastalığa ilişkin soruların yer aldığı hasta bilgi formu (Ek 1b) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Hasta bilgi formu toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

3.2.4.2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği

Kalp yetersizliği olan hastaların bir önceki hafta boyunca deneyimledikleri 32 semptomdan oluşan, üç alt boyutu olan bir ölçektir.

3.2.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve S. Eicher tarafından İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiştir. Nahcıvan tarafından 1993 yılında Türk toplumuna uygulanarak 35 madde olarak düzenlenmiştir. Her bir ifade, sıfırdan dörde kadar puanlanmış, öz bakıma karşı olumlu yönelmiş, beş Likert-tip ölçek üzerine deneklerin cevabına göre. “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına sıfır puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor ” bir puan, “Fikrim yok ” iki puan, “Beni biraz tanımlıyor” üç puan ve “Beni çok tanımlıyor ”yanıtına dört puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte sekiz madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan 140’tır. Ölçek dört özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar, durumlar karşısında aktif pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendi kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır. Ölçek değerlendirilmesinde 24-64 puan kötü, 65-100 puan orta, 101-112 puan iyi ve 113- 140 puan çok iyi öz bakım düzeyi olarak belirlenmiştir (83).

3.2.4.4. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği

Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği 1998 yılında Nuray Enç tarafından konu ile ilgili literatür taramaları yapılarak hazırlanmıştır. Bu ölçek kalp yetersizliği olan

bireylerin sağlık davranışlarını saptamaya yönelik 24 madde içermektedir. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği'nin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme dört Likert- tipli ölçek üzerinde yapılmaktadır. Puanlama birden dörde kadardır. Hiçbir zaman yanıtı için bir, bazen yanıtı için iki, sık sık yanıtı için üç, düzenli olarak yanıtı için dört puan verilerek sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Böylece ölçekten en düşük 24, en yüksek 96 puan alınmıştır. Değerlendirmede "düşük puanlarda" kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yetersiz olduğu, "yüksek puanlarda" kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yeterli olduğu şeklinde yorum yapılmıştır (84).

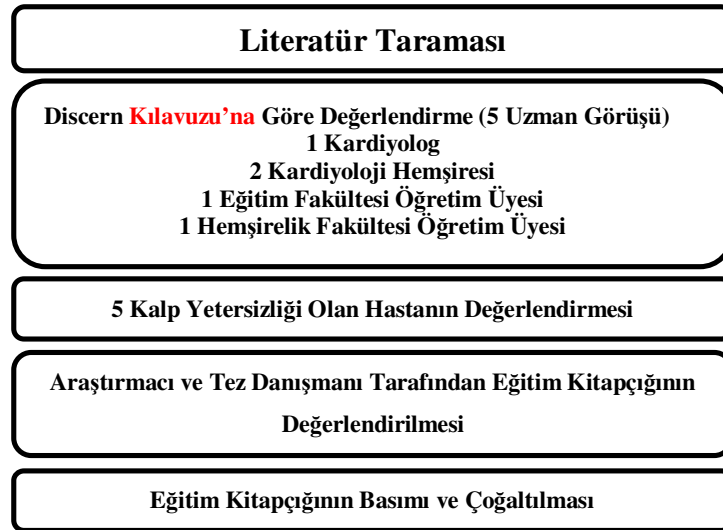
3.2.4.5. Dispne ve Yorgunluk Borg Skalası

Borg CR-10 Ölçeği (Borg Clinical Rating for Dyspnea) kapalı uçlu testlerdendir. Derecelerine göre dispne ve yorgunluk şiddetini tanımlayan on maddeden oluşur. Skalanın üzerinde sıfırdan ona kadar sıralanan sayılar vardır. Puanlama sıfır (hiç yok) - on (çok şiddetli) arasında yapılır. Değerlendirmenin on noktası, kişinin daha önce hiç yaşamadığı kadar fazla dispne ve yorgunluğu tarifler. Sıfır noktası ise hiçbir rahatsızlığın olmadığını belirler. Skalanın uygulandığı anda hastaya dispnenin hangi noktada olduğu ve yorgunluk derecesi sorularak dispnenin şiddeti ve yorgunluğun derecesi ölçülür (85).

3.2.4. 6. Kalp Yetersizliği Hasta Eğitim Kitapçığı

Araştırmacı tarafından uzman görüşü alınıp danışman onayıyla konuyla ilgili literatür taranarak hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Eğitim kitapçığı Discern Kılavuzu'na göre hazırlanmıştır (86). Eğitim kitapçığı hazırlık aşamasında; kitapçık oluşturulduktan sonra iki kardiyoloji hemşiresinin, bir kardiyoloji anabilim dalı öğretim üyesinin, bir eğitim fakültesi öğretim üyesinin ve tez danışmanının görüşleri alınmıştır. Hazırlanan kitapçık beş hasta tarafından kitapçığın anlaşılabilirliğine yönelik değerlendirilmiştir. Uzman ve hasta görüşleri doğrultusunda kitapçık düzenlenerek basılmıştır. Eğitim kitapçığı ve verilen eğitim semptom yönetiminin sağlanmasında kullanılmıştır. Kitapçıkta Orem'e göre kalp yetersizliğine sahip hastaların evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma durumunda öz bakım gereksinimlerine ve hastalıklarının yönetimine yönelik olarak; kalbin yapısı, hastalıkları, kalp yetersizliğinin semptomları, bu semptomların çözümünde kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi ile bakım yöntemleri hastalara bireysel olarak anlatılmıştır. Çizelge 3.6'da eğitim kitapçığının oluşturma aşamaları, Çizelge 3.7'de Discern Kılavuzu'na göre uzman görüşlerinin değerlendirilmesi verilmiştir (86).

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ OLUŞTURULMA AŞAMALARI



Çizelge 3.6 Eğitim Kitapçığının Oluşturulma Aşamaları

Çizelge 3.7. Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Görüşleri (n: 5)

Maddeler	Minimum	Maximum
1. Amaçlar açık, belirgin mi?	5	5
2. Kitapçıkta amaçlara ulaşılmış mı?	5	5
3. Kitapçık konuyla ilgili ve yararlı mı?	5	5
4. Bu kitapçığı oluşturmak için hangi bilgi kaynaklarının kullanıldığı açık mı?	5	5
5. Bu kitapçıkta bilginin ne zaman kullanıldığı ya da rapor edildiği net mi?	5	5
6. Kitapçık yansız ve dengeli mi?	5	5
7. Kitapçıkta destek kaynakların ayrıntıları bulunuyor mu?	5	5
8. Kitapçık belirsiz alanlara değiniyor mu?	5	5
9. Kitapçık her bir tedavinin nasıl olduğunu(işlediğini) tanımlıyor mu?	5	5
10. Kitapçık her bir tedavinin faydalarını tanımlıyor mu?	5	5
11. Kitapçık her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?	5	5
12. Kitapçıkta tedavi kullanılmazsa neler olabileceği tanımlanıyor mu?	5	5
13. Kitapçıkta tedavi seçeneğinin yaşam kalitesini nasıl etkilediği tanımlanıyor	5	5
14. Kitapçıkta olası tek tedaviden daha fazla tedavinin olabileceği açık mı?	5	5
15. Kitapçık ortaklaşa karar almaya ya da bilgileri paylaşmaya destek sağlar mı?	5	5

Değerlendirme

Hayır	Kısmen		Evet	
1	2	3	4	5
Ciddi ya da aşırı derecede kusurlu: 1 puan, Yüksek derecede güvenilir: 5 puan				

3.2.5. Kontrol ve Müdahale Grubuna Yapılan Girişimler

Araştırmanın ikinci aşamasında 1 Mart - 31 Aralık 2012 tarihleri arasında, Kardiyoloji Servisi'nde yatan ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan tüm hastalar, power (güç) analizine göre belirlenen örneklem sayısına (n=90) ulaşmaya kadar çalışmaya alınmıştır. Araştırmanın ön uygulaması on hasta ile 15-28 Şubat 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulama sonucuna göre formlarda ve çalışma planında gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Çalışmada hastalar 45'er kişi olarak müdahale ve kontrol grubu şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının birbirinden etkilenmemesi için önce kontrol grubu hastaları daha sonrada müdahale grubu hastaları örnekleme alınarak çalışma tamamlanmıştır.

3.2.5.1. Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler

Kontrol grubuna, çalışma sırasında bir girişim uygulanmamıştır. Kontrol grubundaki hastalar hastanede uygulanan standart hemşirelik bakımını almışlardır. Hastalarla hastaneye yattıkları gün tanışılmış, çalışma anlatılmış, bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmış, görüşme planı yapılmıştır. Hastalara ilk görüşmede yaklaşık 40-50 dakika sürede veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış, son görüşme için hastaların evlerinde ziyaret edileceği açıklanarak açık ev adresleri ve telefon numaraları alınmıştır. Kontrol grubundaki tüm hastalarla üç ay sonra iletişim kurularak ev ziyareti yoluyla son görüşme yapılmış, değerlendirme sonrası hastaların soruları yanıtlanmış ve hastalara eğitim kitapçığı verilmiştir. Hastaların en çok öğrenmek istedikleri konular arasında, semptomları artarsa ne yapacakları, beslenme, egzersiz, ilaç uygulamaları konusunda nelere dikkat etmeleri gerektiği, hastalığın seyrini kötüleştiren durumların neler olduğu, günlük işlerini yaparken dikkat etmesi gereken durumlar yer almıştır.

3. 2.5.2. Müdahale Grubuna Yapılan Girişimler

I. Görüşme: Hastanın taburculuğundan önce müdahale grubuna alınacak hastalarla tanışılarak çalışmaya katılım ve çalışma formlarının uygulanması konusunda sözlü ve

yazılı onamları alınmıştır. Çalışma formları uygulanarak eğitim öncesi ilk değerlendirmeleri yapılmıştır. Değerlendirme sonrasında hastaların eğitim ihtiyaçları belirlenmiştir. En sık belirlenen eğitim konuları, kalp yetersizliğinin nedenleri, tedavisi, hastalığın kötüye gittiğini gösteren semptomlar ve bu semptomların yönetimi, egzersiz ve dinlenme, kilo takibi ve kontrolü, diyet ve sıvı alımı, sağlık kurumuna başvurmayı gerektiren durumlar olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastalara hasta odasında bireysel olarak taburcu oluncaya kadar her gün düzenli olarak ortalama üç gün boyunca ortalama 30-45 dakika eğitim verilmiştir. Bir hasta ortalama üç-yedi gün arası serviste yatmaktadır. Hastalara taburculuklarına kadar her hastaya eşit olarak üç kez semptomların yönetimiyle ilgili eğitim yapılmıştır. Eğitim kitapçığı ve kalp yetersizliği ile ilgili broşürler kullanılarak hastalara kalp yetersizliğine yönelik hasta eğitimi yapılmıştır. Sonraki görüşmeler için planlama yapılarak hastalardan taburcu olurken ne zaman kontrole gelecekleri öğrenilmiştir. Hastaların ev ve iş adresleri alınmıştır. Hastalar ortalama rutin olarak 15 gün içinde kontrole çağırılmıştır. Ayrıca hastalara günlük tutmalarının önemi anlatılmıştır.

II. Görüşme: Hastalar taburculuk sonrası hekim tarafından iki ile üç hafta arasında değişen sürelerde kontrole çağırılmıştır. İlk değerlendirmeden iki- üç hafta sonra kontrole gelen hastalarla hastanede görüşülerek ihtiyaçlarına göre hasta eğitimleri tekrarlanmış ve üçüncü görüşme zamanı planlanmıştır. Hastaların en çok ihtiyaç duyduğu eğitim konuları, semptomların ağırlaştığında yapacakları uygulamalar ve günlük aktivitelerini nasıl yapacakları konularını içermektedir.

III. Görüşme: İkinci görüşmeden bir ay sonra kontrole geldiklerinde görüşülmüştür ve eğitim verilmiştir. İl dışında bulunma sebebiyle kontrole gelmeyen on hasta ile telefon aracılığı ile ortalama 10 -15 dakika görüşülerek durumları değerlendirilmiş ve ihtiyaca göre hasta eğitimi tekrarlanmıştır. Hastalarla telefon görüşmesinde verilen eğitim konuları ağırlıklı olarak sağlıklı beslenmek, kilo kontrolü, fiziksel aktivite önerileri, sigarayı bırakmak ve pasif içicilik, kan basıncını düşürmek ve kontrol altında tutmak, kan şekeri kontrolü ve ilaç tedavisine uyum konuları hakkında olmuştur. Hastalarla dördüncü görüşme için tarih belirlenmiştir.

IV. Görüşme: Üçüncü görüşmeden bir ay sonra tüm hastalarla ortalama 10-15 dakika telefonla görüşülmüş ve hastaların sorunlarına yönelik eğitim verilmiştir. Hastaların en çok ihtiyaç duyduğu eğitim konuları, semptomlarının ağırlaştığında yapacakları

uygulamalar ve günlük aktivitelerini nasıl yapacakları, beslenme, diyet, egzersiz, ilaç kullanımı ve vücut ağırlığı takibini içermiştir. Telefon görüşmesi ile son görüşme zamanının planlaması yapılmıştır.

Son Görüşme: Dördüncü görüşmeden on beş gün sonra hastaların tümüyle görüşme planı yapılarak hastalara yapılan ev ziyareti yoluyla son test uygulaması yapılmıştır. Son görüşmede yaklaşık 30-45 dakika içinde Ek 1b, Ek 2, Ek 3, Ek 4, Ek 5 veri toplama formları kullanılarak hastaların son değerlendirmeleri yapılmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.6.1. Bağımlı Değişkenler

Kalp yetersizliği hastalarının hastalıklarına yönelik geliştirdikleri öz bakım gücü, semptom yönetimi ve sağlık davranışlarındaki uyum araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.2.6.2. Bağımsız Değişkenler

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ait özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çizelge 3.7’de ikinci aşama verilerinin değerlendirilmesi yer almaktadır.

Çizelge 3.7. İkinci Aşama Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin Analizi	İstatistiksel Yöntemler
Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	Sayı ve Yüzde
Grupların Homojenlik Dağılımı	Ki-kare analizi
Bağımsız Değişkenlerin Gruplara Göre Ortalama Puanları	t testi
İkiden Fazla Bağımsız Değişkenin Gruplara Göre Ortalama Puanları	Varyans Analizi
Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ölçekler Arasındaki İlişki	Regresyon Analizi

3.2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 1 Mart 2012–31 Aralık 2012 tarihleri arasında Antalya il merkez sınırı içinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği’nde

kalp yetersizliği tanısı alan hastalarla sınırlıdır. Sonuçların tüm hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın başında hastalara günlük tutmaları için not defterleri verilmiştir, fakat hastalar düzenli olarak günlük tutmamışlardır. Bu durum Türk toplumunun günlük tutma ile ilgili alışkanlık kazanamamasından kaynaklanmaktadır.

4. BULGULAR

Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik bulguları ve kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine, öz bakım gücüne ve sağlık davranışlarına etkisine yönelik bulgular olarak ele alınmıştır.

Tablo 4. 1. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:210)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	%
Cinsiyet		
Kadın	96	45.7
Erkek	114	54.3
Yaş (Ort ±SS) (Min-Max)	11.84 (40-95)	
Yaş grubu (yıl)		
59 ve altı	40	19.0
60-69	66	31.5
70 ve üstü	104	49.5
Hastane/Kurum		
Tıp Fakóltesi Hastanesi	93	44.3
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	53	25.2
Atatürk Devlet Hastanesi	64	30.5
Medeni Durumu		
Bekâr	12	5.7
Evli	198	94.3

Tablo 4. 1. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:210) (devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	%
Eğitim Durumu		
İlköğretim	166	79.0
Lise ve üzeri	44	21.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	15	7.1
Çalışmıyor	195	92.9
Yapılan İş		
Ev hanımı	80	38.1
İşçi	41	19.5
Memur	34	16.2
Esnaf-Serbest meslek	55	26.2
Sosyal Güvence		
Var	209	99.5
Yok	1	0.5
Gelir-Gider Durumu		
Gelir gidere göre eşit	58	27.6
Gelir gidere göre az	152	72.4
Birlikte Yaşadığı Bireyler		
Yalnız	40	19.0
Diğer aile bireyleriyle birlikte*	190	81

*Diğer aile üyeleri: Eşi ile (n=66), eş ve çocuklarla (n=67), çocuklarla (n=34), akrabalarla (n=3) yaşayanlar olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.1'e göre geçerlik güvenirlik grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %54.3'ünün erkek, yaş ortalamasının 68.06±11.84 yıl olduğu, %79'unun ilköğretim mezunu, %94.3'ünün evli, %92.9'unun çalışmadığı, %99.5'inin sağlık güvencesinin olduğu, %72.4'ünün gelirinin giderine göre az olduğu ve %81.0'ünün aile bireyleriyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

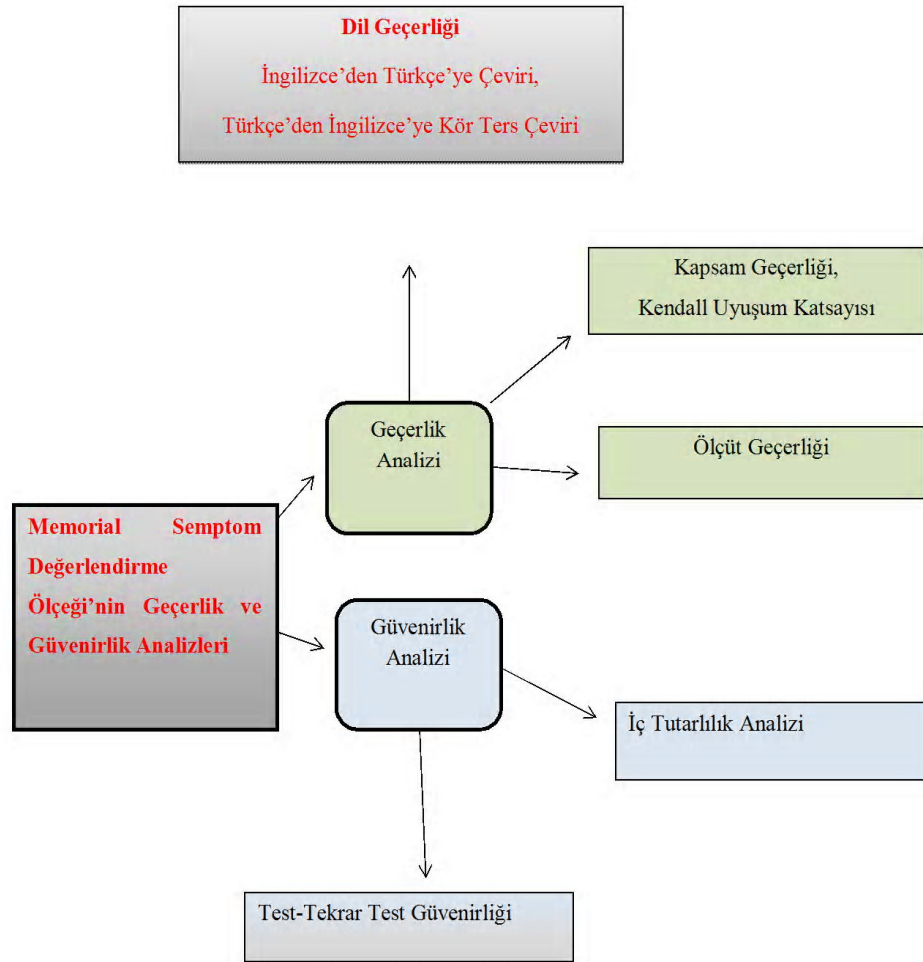
Tablo 4.2. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları ile ilgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=210)

Hastalıkla ilgili özellikler	Sayı (n)	%
Fonksiyonel Sınıflama		
NYHA II	36	17.1
NYHA III	110	52.4
NYHA IV	64	30.5
Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) (Ort ±SS %)	41.1±11.0	Min:18- Max:68
Tanı Süresi (Ort ±SS yıl)	5.3±3.7	Min:1- Max:20
Genel sağlık durumu algısı		
Çok iyi	3	1.4
İyi	100	47.6
Orta	99	47.1
Az	8	3.8
İlaçları kullanma durumu		
Nadiren	9	4.3
Bazen	49	23.3
Çoğu zaman	68	32.4
Her zaman	84	40.0
Diyet verilme durumu		
Verilen	151	71.9
Verilmeyen	59	28.1
Egzersiz yapma durumu		
Yapan	30	14.3
Yapmayan	180	85.7
Dispne şikâyeti ile hastaneye başvurma		
Başvuran	206	98.1
Başvurmayan	4	1.9
Ödem şikâyeti ile hastaneye başvurma		
Başvuran	190	90.5
Başvurmayan	20	9.5
Göğüs ağrısı şikâyeti ile hastaneye başvurma		
Başvuran	185	88.1
Başvurmayan	25	11.9
Yorgunluk şikâyeti ile hastaneye başvurma		
Başvuran	123	58.6
Başvurmayan	87	41.4
Uykusuzluk şikâyeti ile hastaneye başvurma		
Başvuran	88	41.9
Başvurmayan	122	58.1

Tablo 4. 2’de kalp yetersizliği tanısı almış olan bireylerin hastalıkları ile ilgili tanıtıcı özelliklerine göre dağılımına yer verilmiştir. Tablo 4.2’ye bakıldığında, araştırma kapsamına alınan bireylerin %17,1’i fonksiyonel sınıflama NYHA II, %52,4’ü fonksiyonel sınıflama NYHA III, % 30,5’i fonksiyonel sınıflama NYHA IV’de yer almaktadır. Hastaların ejeksiyon fraksiyon (EF) değerinin ortalaması 41.05 ± 11.03 ’tür. Hastaların EF değeri %18-68 arasındadır. Hastaların ortalama tanı süresi $5,3 \pm 3,7$ ’dir. Hastaların %47,6’sının genel sağlık algılarının iyi olduğu, %32,4 çoğu zaman, %40’ının her zaman ilaçlarını düzenli kullandığı, %71,9’una diyet verildiği, %85,7’sinin egzersiz yapmadığı, %98,1’inin dispnen, %90,5’inin ödemden, %88,1’inin göğüs ağrısından, %58,6’sının yorgunluktan ve %41,9’unun uykusuzluktan hastaneye gittiği görölmektedir.

4.1. KALP YETERSİZLİĞİ MEMORİAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

MSAS-HF’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, psikolinguistik ve psikometrik özelliklerin incelenmesi olarak iki temel aşamada yapılmıştır. Ölçeğin önce dil eşdeğerliği ve kültürel uyarlaması (psikolinguistik özelliklerin incelenmesi), ardından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları (psikometrik özelliklerin incelenmesi) yapılmıştır. Çizelge 4.1 ‘de MSAS-HF’ nin geçerlik ve güvenilirlik aşamaları verilmiştir.



Çizelge 4. 1. MSAS-HF'nin Geçerlik ve Güvenirlik Aşamaları

4.2.1. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Bulguları

Araştırmada Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve ölçüt geçerliği kullanılarak yapılmıştır.

4.2.1.1. Dil Geçerliği

Ölçeğin dil uyarlama çalışmasına başlamadan önce ölçeği geliştiren Cherly Zambroski ile iletişim kurularak MSAS-HF'nin kullanımı için izin alınmıştır. Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması; iki öğretim üyesi ve iki okutmandan oluşan 4 uzman tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, ölçeklerin Türkçe hali oluşturulmuştur. Ölçek dil

uyarlamadaki kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için ‘kör geri çeviri’ yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe hali, ana dili Türkçe olan, daha önceden ölçeklerin İngilizce şeklini görmeyen ve her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan bir uzman tarafından tekrar İngilizce’ye çevrilmiştir. Orijinal İngilizce form ile geri çevirisi yapılan İngilizce formların karşılaştırılması yapılarak tek bir İngilizce form oluşturulmuştur. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından değerlendirilerek ölçeklere son şekilleri verilmiştir.

İngilizce’den Türkçe’ye çeviri;

Doç. Dr. Mehmet Şükrü GÜLAY (Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi)

Yrd. Doç. Dr. Ümit YILDIZ (Akdeniz Üniversitesi Eğitim Fakültesi)

Okutman Yılmaz KOÇER (Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)

Okutman Hülya UZUN (Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)

Türkçe’den İngilizce’ye çeviri;

Yaşar ŞAHİN (İngilizce Öğretmeni)

4.2.1.2. Kapsam Geçerliği

Dil uyarlaması yapıldıktan sonra, ölçeğin İngilizce-Türkçe ve Türkçe-İngilizce çevirileri tekrar gözden geçirilmiş, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra kapsam geçerliğini belirlemek üzere psikolinguistik problemlerin olmaması için yedi uzmanın görüşüne sunulmuştur. Oluşturulan Türkçe form dil ve kapsam yönüyle Kendall İyi Uyuşum Katsayısına (Wa) (Kendal Coefficient of Concordance) bakılarak değerlendirilmiştir. Kardiyoloji A.D. Öğretim Üyesi (2), İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (3), Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi (1), Kardiyoloji Hemşiresi (1) olan uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini on puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir.

Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği (87). Bir geçerlik sınavının amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleyerek, anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır (88). Bunu sağlamada ise uzman değerlendirmesi zorunludur. Daha açık bir anlatım ile ölçüm aracını geliştiren ile bu konuda daha önce çalışmış uzmanların içerik üzerinde uzlaşması temeline dayanır (89).

Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin kapsam geçerliği için görüş veren uzmanlar;

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĐLU (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Psikiyatri Hemşireliği AD)

Prof. Dr. Zeynep ÖZER (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

Prof. Dr. Cengiz ERMİş (Akdeniz Üniversitesi Kardiyoloji AD)

Doç. Dr. Sultan TAřCI (Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

Doç. Dr. İbrahim BAşARICI (Akdeniz Üniversitesi Kardiyoloji AD)

Doç.Dr. Hicran AYDIN BEKTAř (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

Güldane AYAZ (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Kardiyoloji Hemşiresi)

Tablo 4. 3. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin Kapsam Geğerliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Maddeler	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
1. Konsantrasyon güçlüğü	10.00	10.00	10.0000	.00000
2. Göğüs ağrısı	10.00	10.00	10.0000	.00000
3. Göğüs ağrısı dışında bir ağrı/ Diğer ağrı	8.00	10.00	9.0000	.81650
4. Öksürük	9.00	10.00	9.8571	.37796
5. Kaygı/ Tedirginlik	6.00	10.00	9.4286	1.51186
6. Ağız kuruluğu	9.00	10.00	9.8571	.37796
7. Mide bulantısı	9.00	10.00	9.8571	.37796
8. Uyku/ Sersemlik hali	9.00	10.00	9.7143	.48795
9. Ellerde / ayaklarda karıncalanma	9.00	10.00	9.8571	.37796
10. Uyku güçlüğü/Uykusuzluk	8.00	10.00	9.5714	.78680
11. Şişkinlik hissi	10.00	10.00	10.0000	.00000
12. İdrar problemi	8.00	10.00	9.5714	.78680
13. Çarpıntı	10.00	10.00	10.0000	.00000
14. Halsizlik hissi/yorgunluk	10.00	10.00	10.0000	.00000
15. Gece solunum güçlüğü ile uyanma	8.00	10.00	9.7143	.75593
16. Kusma	8.00	10.00	9.7143	.75593
17. Solunum güçlüğü/ yetmezliği	8.00	10.00	9.7143	.75593
18. İshal	7.00	10.00	9.5714	1.13389
19. Üzgün/ Üzüntülü hissetme	7.00	10.00	9.4286	1.13389
20. Terleme	8.00	10.00	9.7143	.75593
21. Endişelenme	8.00	10.00	9.7143	.75593
22. Cinsel ilgi veya ilişki problemi	8.00	10.00	9.5714	.78680
23. Kaşıntı	7.00	10.00	9.5714	1.13389
24. İştahsızlık	10.00	10.00	10.0000	.00000
25. Baş dönmesi	10.00	10.00	10.0000	.00000
26. Aşırı alınganlık/Sinirlilik	10.00	10.00	10.0000	.00000
27. Tat duyusunda değişiklik	9.00	10.00	9.5714	.53452
28. Ağırılık kaybı	9.00	10.00	9.8571	.37796
29. Kabızlık	9.00	10.00	9.8571	.37796
30. Kol ve bacaklarda şişme	9.00	10.00	9.8571	.37796
31. Ağırılık kazanımı	9.00	10.00	9.8571	.37796
32.Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü	9.00	10.00	9.8571	.37796

Tablo 4. 4. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesinin Test İstatistiği

<i>N</i>	7
<i>Wa</i>	0.186.
<i>p</i>	0.121

Uzman görüşlerinin sonuçlarına yönelik gerekli ifade değişiklikleri yapıldıktan sonra, ölçeğin kapsam geçerliği doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı (*Wa*) (Kendal Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (Kendall *Wa*=0.186, *p*=0.121) saptanarak uzman görüşlerinin birbirleriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçekte gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

4.2.1.3. Ölçüt Geçerliği

Ölçüt geçerliği, geçerliği araştırılan bir ölçme aracı ile geçerli olduğu bilinen başka bir ölçme aracının aynı örnekleme uygulanarak elde edilen ölçümler arasındaki korelasyondur (90). Ölçüt geçerliğinde, MSAS-HF'nin ve alt boyutlarının ortalama puanlarının NYHA fonksiyonel sınıfa göre farklılık gösterip göstermediğine bakılmıştır.

Tablo 4. 5. MSAS-HF'nin ve Alt Boyutlarının NYHA Fonksiyonel Sınıflara Göre Değerlendirilmesi

NYHA Fonksiyonel Sınıf	MSAS Toplam $\bar{x} \pm SS$	Fiziksel Semptom $\bar{x} \pm SS$	Psikolojik Semptom $\bar{x} \pm SS$	Kalp Yetersizliği Semptomu $\bar{x} \pm SS$
NYHA Sınıf II	2.16 ±0.49	1.81±0.58	2.56± 0.57	2.12±0.72
NYHA Sınıf III	2.52± 0.37	2.14±0.39	2.86±0.40	2.56±0.62
NYHA Sınıf IV	2.74±0.33	2.34±0.36	3.07±0.34	2.82±0.67
<i>F</i>	26.439	17.658	16.994	13.164
<i>p</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır ($p < 0.01$).

Semptomların ciddiyetini ve fiziksel aktiviteyi temel alan New York Kalp Birliği İşlevsel Sınıflaması

Sınıf I- Yüksek düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır.

Sınıf II- Orta düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır.

Sınıf III- Hafif düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır.

Sınıf IV- İstirahatte semptomatiktir (30).

MSAS-HF total, fiziksel, psikolojik ve kalp yetersizliği alt boyut semptomlarının puanları NYHA fonksiyonel sınıflara göre incelendiğinde fonksiyonel sınıf II olan hastaların semptomlarının en hafif olduğu, bunu sırası ile fonksiyonel sınıf III ve sınıf IV olan hastaların izlediği ve semptom yükünün arttığı belirlenmiştir. MSAS-HF'nin alt boyutlarının birbirleriyle; yine fonksiyonel sınıf arttıkça ve ölçeğin tümü ile aralarında anlamlı ilişkiler olduğu, ölçeğin ve alt boyutlarının ortalama puanlarının NYHA fonksiyonel sınıfa göre farklılık gösterdiği görülmüştür.

4.2.2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 'nin Güvenirlik Bulguları

Ölçme aracının verileri doğru toplandığını ve yinelenbilir olduğunu bu özelliği belirler (91). Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirliğini belirlemede ölçeğin iç tutarlık ve zamana göre değişmezliği belirlemek üzere test tekrar test yöntemlerine yer verilmiştir.

4.2.2.1. İç Tutarlılık Analizi

Cronbach alfa katsayısı, toplam puanlar üzerinde kurulu Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılır. Ölçeğin iç tutarlılığını saptamak için kullanılan Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı, maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, maddelerin ölçülmek istenilen konuyla ilgili olup olmadığını değerlendirir. İlgili ölçeğin alfa kat sayısı ne kadar yüksek olursa "Bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı" yorumu yapılır (92).

Madde-toplam puan korelasyon katsayıları, test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir. Her madde için elde edilen korelasyonun yüksek olması, o

maddenin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, başka bir deyişle maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir. Madde seçiminde kabul edilebilir katsayının 0.20-0.25 değerinden büyük olması önerilmektedir (93).

Çalışmada ölçeğin iç tutarlılığını saptamak için madde toplam puan korelasyonuna ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısına bakılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayı semptom sıklığı için Cronbach alfa değeri 0.77, semptom şiddeti için Cronbach alfa değeri 0.77, semptomun sıkıntı ya da rahatsızlığı için Cronbach alfa değeri 0.78 olarak saptanmıştır. MSAS–HF'nin fiziksel, psikolojik ve kalp yetersizliği semptomları alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.53, 0.63, 0.55 olarak belirlenmiştir. Güvenirlik çalışması için 32 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 0.53-0.77 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Sonuçlara göre, çalışmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısının oldukça güvenilir olduğu gösterilmektedir. Ayrıca, Cronbach alfa katsayısına göre, maddelerin birbiri ile pozitif ilişki gösterdiği, birbiri ile tutarlı olduğu ve aynı özelliği sorgulayan maddelerden oluştuğu belirlenmiştir.

Cronbach alfa değerlerine göre ölçeğin güvenirligi şu şekilde yorumlanmaktadır:

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenirliliktir,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (94).

Tablo 4. 6. MSAS-HF'nin Semptom Sıklık- Madde Toplam Korelasyon Analizi

Semptom No	Semptom Sıklık	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silindiği Zaman Alfa Değeri
1	Konsantrasyon güçlüğü	0.23	0.76
2	Göğüs ağrısı	0.39	0.75
3	Göğüs ağrısı dışında bir ağrı/ Diğer ağrı	0.25	0.77
4	Öksürük	0.31	0.76
5	Kaygı/ Tedirginlik	0.44	0.76
6	Ağız kuruluğu	0.25	0.76
7	Mide bulantısı	0.36	0.76
8	Uyku/ Sersemlik hali	0.35	0.76
9	Ellerde / ayaklarda karıncalanma	0.40	0.76
10	Uyku güçlüğü/Uykusuzluk	0.33	0.76
11	Şişkinlik hissi	0.35	0.76
12	İdrar problemi	0.30	0.76
13	Çarpıntı	0.40	0.75
14	Halsizlik hissi/yorgunluk	0.33	0.76
15	Gece solunum güçlüğü ile uyanma	0.46	0.75
16	Kusma	0.29	0.76
17	Solunum güçlüğü/ yetmezliği	0.52	0.75
18	İshal	0.20	0.77
19	Üzgün/ Üzüntülü hissetme	0.44	0.76
20	Terleme	0.20	0.77
21	Endişelenme	0.48	0.75
22	Cinsel ilgi veya ilişki problemi	0.11	0.79
23	Kaşıntı	0.26	0.76
24	İştahsızlık	0.27	0.76
25	Baş dönmesi	0.37	0.76
26	Aşırı alınganlık/Sinirlilik	0.37	0.76
Cronbach alfa değeri: 0.77			

Tablo 4.6'da ölçeğin semptom sıklığı iç tutarlılığını saptamak için madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı değerleri belirtilmiştir. Ölçeğin semptom sıklığı için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.11 ile 0.44 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman semptomların alfa değerleri 0.75 ile 0.79 arasında değişmekte ve maddelerin Cronbach alfa değeri semptomun sıklık boyutunun Cronbach alfa değeri olan 0.77 değerine yakın olduğu için madde çıkarımı yapılmamıştır.

Tablo 4. 7. MSAS-HF' nin Semptom Şiddet Madde Toplam Korelasyon Analizi

Semptom No	Semptom Şiddet	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silindiği Zaman Alfa Değeri
1	Konsantrasyon güçlüğü	0.15	0.77
2	Göğüs ağrısı	0.37	0.75
3	Göğüs ağrısı dışında bir ağrı/ Diğer ağrı	0.13	0.76
4	Öksürük	0.39	0.75
5	Kayı/ Tedirginlik	0.44	0.75
6	Ağız kuruluğu	0.25	0.76
7	Mide bulantısı	0.33	0.75
8	Uyku/ Sersemlik hali	0.40	0.75
9	Ellerde / ayaklarda karıncalanma	0.41	0.75
10	Uyku güçlüğü/Uykusuzluk	0.39	0.75
11	Şişkinlik hissi	0.35	0.75
12	İdrar problemi	0.30	0.75
13	Çarpıntı	0.29	0.75
14	Halsizlik hissi/yorgunluk	0.30	0.76
15	Gece solunum güçlüğü ile uyanma	0.48	0.75
16	Kusma	0.25	0.76
17	Solunum güçlüğü/ yetmezliği	0.57	0.75
18	İshal	0.20	0.76
19	Üzgün/ Üzüntülü hissetme	0.41	0.75
20	Terleme	0.21	0.76
21	Endişelenme	0.42	0.75
22	Cinsel ilgi veya ilişki problemi	0.13	0.77
23	Kaşıntı	0.18	0.76
24	İştahsızlık	0.23	0.76
25	Baş dönmesi	0.41	0.75
26	Aşırı alınganlık/Sinirlilik	0.36	0.75
27	Tat duygusunda değişiklik	0.14	0.76
28	Ağırlık kaybı	0.23	0.77
29	Kabızlık	0.12	0.76
30	Kol ve bacaklarda şişme	0.38	0.75
31	Ağırlık kazanımı	0.23	0.76
32	Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü	0.36	0.75
Cronbach alfa değeri: 0.77			

Tablo 4.7’de ölçeğin semptom şiddeti iç tutarlılığını saptamak için madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerleri belirtilmiştir. Ölçeğin semptom şiddeti için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.12 ile 0.44 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa değeri 0.75 ile 0.77 arasında ve Cronbach alfa değeri 0.77 bulunmuştur.

Tablo 4. 8. MSAS-HF’ nin Semptom Sıkıntı/ Rahatsızlık Madde Toplam Korelasyon Analizi

Semptom No	Semptom Sıkıntı/ Rahatsızlık	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silindiği Zaman Alfa Değeri
1	Konsantrasyon güçlüğü	0.05	0.79
2	Göğüs ağrısı	0.38	0.77
3	Göğüs ağrısı dışında bir ağrı/ Diğer ağrı	0.11	0.79
4	Öksürük	0.41	0.77
5	Kayı/ Tedirginlik	0.48	0.77
6	Ağız kuruluğu	0.30	0.77
7	Mide bulantısı	0.31	0.77
8	Uyku/ Sersemlik hali	0.45	0.77
9	Ellerde / ayaklarda karıncalanma	0.44	0.77
10	Uyku güçlüğü/Uykusuzluk	0.44	0.77
11	Şişkinlik hissi	0.38	0.77
12	İdrar problemi	0.30	0.78
13	Çarpıntı	0.31	0.77
14	Halsizlik hissi/yorgunluk	0.31	0.78
15	Gece solunum güçlüğü ile uyanma	0.50	0.77
16	Kusma	0.23	0.78
17	Solunum güçlüğü/ yetmezliği	0.58	0.77
18	İshal	0.03	0.78
19	Üzgün/ Üzüntülü hissetme	0.41	0.77
20	Terleme	0.25	0.78
21	Endişelenme	0.48	0.77
22	Cinsel ilgi veya ilişki problemi	0.21	0.78
23	Kaşıntı	0.13	0.78
24	İştahsızlık	0.26	0.78
25	Baş dönmesi	0.45	0.77
26	Aşırı alınganlık/Sinirlilik	0.41	0.77
27	Tat duyusunda değişiklik	0.21	0.78
28	Ağırılık kaybı	0.04	0.79
29	Kabızlık	0.15	0.78
30	Kol ve bacaklarda şişme	0.43	0.77
31	Ağırılık kazanımı	0.26	0.78
32	Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü	0.38	0.77
Cronbach alfa değeri:0.78			

Tablo 4.8’de ölçeğin semptom rahatsızlığı iç tutarlılığını saptamak için madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerleri belirtilmiştir. Ölçeğin semptom rahatsızlığı için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.03 ile 0.58 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa değeri 0.77 ile 0.79 arasında ve Cronbach alfa değeri 0.78 bulunmuştur.

Tablo 4. 9. MSAS-HF’ nin Fiziksel Semptom Alt Boyut Madde Toplam Korelasyon Analizi

Fiziksel Semptom Alt Boyut	Sıklık		Şiddet		Rahatsızlık	
	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri
3- Göğüs ağrısı dışında bir başka ağrı	0.10	0.55	0.05	0.53	0.05	0.55
6 -Ağız kuruluğu	0.15	0.52	0.11	0.50	0.15	0.52
7 -Mide bulantısı	0.28	0.48	0.30	0.44	0.29	0.48
8 -Uyku/ Sersemlik hali	0.27	0.49	0.21	0.47	0.26	0.50
11- Şişkinlik hissi	0.24	0.50	0.15	0.49	0.17	0.51
14- Halsizlik hissi/yorgunluk	0.27	0.50	0.23	0.48	0.24	0.51
16- Kusma	0.28	0.48	0.30	0.45	0.29	0.49
24 -İştahsızlık	0.26	0.49	0.27	0.46	0.30	0.48
25 -Baş dönmesi	0.34	0.46	0.35	0.43	0.40	0.45
27- Tat duyusunda değişiklik	*	*	0.24	0.47	0.26	0.49
28- Ağırlık kaybı	*	*	0.03	0.51	0.01	0.55
29 -Kabızlık	*	*	0.14	0.49	0.14	0.52
Cronbach Alfa Değeri	0.53					

* Semptomun sıklık özelliği yoktur.

Tablo 4.9’da MSAS-HF Ölçeği’nin Fiziksel Semptom Alt Boyut sıklık, şiddet ve rahatsızlık boyutlarının madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerleri verilmiştir. Ölçeğin semptom sıklığı için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.10 ile 0.34 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa değeri 0.46 ile 0.55 arasında değer almaktadır. Ölçeğin semptom şiddeti için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.03 ile 0.30 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa

değeri 0.43 ile 0.53 arasında değer almaktadır. Ölçeğin semptom rahatsızlığı için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.018 ile 0.40 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa değeri 0.45 ile 0.55 arasında değer almaktadır. Tablo 4. 9'a göre MSAS-HF'nin Fiziksel Semptom Alt Boyut Cronbach alfa değeri 0.53 bulunmuştur.

Tablo 4. 10. MSAS-HF'nin Psikolojik Semptom Alt Boyut Madde Toplam Korelasyon Analizi

Psikolojik Semptom Alt Boyut	Sıklık		Şiddet		Rahatsızlık	
	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri
1-Konsantrasyon güçlüğü	0.25	0.65	0.02	0.69	0.02	0.71
5- Kaygı/ Tedirginlik	0.49	0.53	0.46	0.38	0.49	0.45
10- Uyku güçlüğü/Uykusuzluk	0.09	0.68	0.16	0.52	0.21	0.57
19- Üzgün/ Üzüntülü hissetme	0.51	0.53	0.49	0.37	0.50	0.45
21- Endişelenme	0.55	0.52	0.48	0.41	0.40	0.47
26- Aşırı alınganlık/Sinirlilik	0.41	0.56	0.41	0.40	0.44	0.48
Cronbach Alfa Değeri	0.63					

Tablo 4.10'a göre MSAS-HF'nin Psikolojik Semptom Alt Boyut Cronbach alfa değeri 0.63 bulunmuştur. Tablo 4. 10'da MSAS-HF Ölçeği'nin Psikolojik Semptom Alt Boyut sıklık, şiddet ve rahatsızlık boyutlarının madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerleri verilmiştir. Ölçeğin semptom sıklığı için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.09 ile 0.55 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa değeri 0.52 ile 0.68 arasında değer almaktadır. Ölçeğin semptom şiddeti için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.02 ile 0.49 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa değeri 0.37 ile 0.69 arasında değer almaktadır. Ölçeğin semptom rahatsızlığı için madde-toplam korelasyon katsayısı 0.02 ile 0.50 arasında değişmektedir. Madde silindiği zaman alfa değeri 0.45 ile 0.71 arasında değer almaktadır. Tablo 4.10'a göre MSAS-HF'nin Psikolojik Semptom Alt Boyut Cronbach alfa değeri 0.63 bulunmuştur.

Tablo 4. 11. MSAS-HF' nin Kalp Yetersizliği Semptom Alt Boyut Madde Toplam Korelasyon Analizi

Kalp Yetersizliği Semptom Alt Boyut	Sıklık		Şiddet		Rahatsızlık	
	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Alfa Değeri
2- Göğüs ağrısı	0.40	0.30	0.22	0.43	0.29	0.13
13- Çarpıntı	0.44	0.21	0.30	0.35	0.29	0.12
15- Gece solunum güçlüğü ile uyanma	0.19	0.60	0.33	0.36	0.22	0.26
31- Ağırılık kazanımı	*	*	0.19	0.43	-0.05	0.44
32- Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü	*	*	0.24	0.41	0.08	0.34
Cronbach Alfa Değeri	0.55					

* Semptomun sıklık özelliği yoktur.

Tablo 4.11'e göre MSAS-HF' nin Kalp Yetersizliği Semptom Alt Boyut Cronbach alfa değeri 0.55 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa değerlerinin 0.53-0.77 arasında olduğu ve her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ölçek maddelerin silinmesi durumunda ölçeğin Cronbach alfa katsayısında önemli derecede artış olduğu görölmüştür.

Tablo 4. 12. MSAS-HF' nin Alt Boyut Puanı-Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi

Ölçek Alt Boyutları		Ölçek Toplamı	Fiziksel	Psikolojik
Fiziksel	<i>r</i>	0.76		
	<i>p</i>	0.00		
Psikolojik	<i>r</i>	0.74	0.46	
	<i>p</i>	0.00	0.00	
Kalp Yetersizliği	<i>r</i>	0.85	0.44	0.41
	<i>p</i>	0.00	0.00	0.00

Tablo 4.12' ye göre MSAS-HF' nin alt boyutlarının birbirleriyle ve ölçeğin tümü ile aralarında güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

4.2.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Test tekrar test güvenirliği, iki farklı zamanda aynı örneklem içinden rastgele seçilen belli sayıda bireye testin tekrar uygulanması ve her iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanarak güvenirliğinin değerlendirilmesidir (92). Test tekrar test ölçümleri, ölçüm aracının değişmezlik özelliğini değerlendiren ve en sık kullanılan güvenirlik analizlerindedir. Genellikle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilir. Elde edilen katsayı, ölçeğin değişmezlik göstergesi olarak kabul edilmekte ve bu puanın en az 0,70 olması gerekmektedir (80, 88, 93, 94).

Tablo 4. 13. MSAS-HF'nin Alt Boyut Test Tekrar Test Puanı - Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi

Ölçek Alt Boyutları		RT Ölçek Toplamı	RT Fiziksel	RT Psikolojik
ReTest Fiziksel	<i>r</i>	0.91		
	<i>p</i>	0.00		
ReTest Psikolojik	<i>r</i>	0.87	0.85	
	<i>p</i>	0.00	0.00	
ReTest Kalp Yetersizliği	<i>r</i>	0.88	0.68	0.61
	<i>p</i>	0.00	0.00	0.00

Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.13'te MSAS-HF Ölçeğinin test tekrar test puanlarının korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi MSAS-HF'nin alt boyutlarının ilk (Tablo 4.12, $p < 0.01$, r : 0.76, r : 0.74, r : 0.85) ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyon anlamlı düzeyde (Tablo 4. 13, $p < 0.01$, r : 0.91, r : 0.87, r : 0.88) ve yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda MSAS-HF kalp yetersizliği tanısı alan bireylere uygulandıktan on beş gün sonra, aynı örneklem içerisinde rastgele seçilen 60 hastaya tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin ilk ve ikinci kez uygulamaları arasındaki korelasyon ölçeğin maddelerinin test-tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4. 14. MSAS-HF'nin Toplam Test Tekrar Test Puanı Korelasyon Analizi Sonuçları

Test-Tekrar Test Uygulamaları	Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
	0.786	0.000	60

Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

MSAS-HF'nin ilk ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyon anlamlı düzeyde ($p<0.01$) ve yüksek ($r: 0.786$) bulunmuştur.

Tablo 4. 15. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Müdahale Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=45)		Test
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	29	64.4	27	60.0	$\chi^2= 0.19$ $p=0.664$
Kadın	16	35.6	18	40.0	
Yaş ortalaması ($\bar{x}\pm SS$)	63.3 \pm 11.4		65.2 \pm 12.5		$t=0.80$ $p=0.42$
Yaş grubu					
59 ve altı	16	25.5	13	28.9	$\chi^2= 1.74$ $p= 0.41$
60-69	16	35.6	13	28.9	
70-85	13	28.9	19	42.2	
Eğitim durumu					
İlköğretim	27	60.0	30	66.7	$\chi^2=0.43$ $p=0.51$
Lise ve üzeri	18	40.0	15	33.4	
Medeni durum					
Bekâr	2	4.4	6	13.3	$\chi^2=2.19$ $p=0.13$
Evli	43	95.6	39	86.7	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	10	22.3	4	8.9	$\chi^2=3.04$ $p=0.08$
Çalışmıyor	35	64.5	41	81.1	
Meslek					
Ev hanımı	11	24.4	14	31.1	$\chi^2=0.88$ $p=0.83$
İşçi	12	26.7	9	20.0	
Memur	12	26.7	13	28.9	
Esnaf	10	22.2	9	20.0	
Sosyal güvence					
Var	45	100.0	45	100.0	
Gelir durumu					
Gelir gidere eşit	26	57.8	20	44.4	$\chi^2= 1.60$ $p= 0.20$
Gelir giderden az	19	42.2	25	55.6	
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz					
Yalnız	5	11.1	9	20.0	$\chi^2= 1.35$ $p= 0.20$
Aile bireyleri	40	88.9	36	80.0	

Tablo 4.15'te müdahale ve kontrol grubu bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin % 64.4'ünün erkek, % 64.5'inin 60 yaş ve üzeri, %60.0'ının ilköğretim mezunu, %95.6'sının evli, %64.5'inin çalışmadığı, %57.8'inin gelir giderinin eşit olduğu ve %88.9'unun aile bireyleriyle birlikte yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %60.0'ının erkek, %71.1'inin 60 yaş ve üzeri, %66.7'sinin ilköğretim mezunu, %86.7'sinin evli, %81.1'inin çalışmadığı, %44.4'ünün gelir giderinin eşit olduğu ve %80.0'ının aile bireyleriyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin tümünün sosyal güvencesi mevcuttur. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özellikleri bakımından benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4. 16. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Hastalık Özellikleri	Müdahale Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=45)		Test
	n	%	n	%	
Hastalık süresi (yıl)					
0-4	23	51.1	19	42.2	$\chi^2=0.84$ $p=0.65$
5-9	13	28.9	14	31.1	
10 ve üzeri	9	20.0	12	26.7	
Kalp yetersizliği sınıflaması					
NYHA II	20	44.4	13	28.9	$\chi^2=8.83$ $p=0.01$
NYHA III	23	51.2	20	44.4	
NYHA IV	2	4.4	12	26.7	
EF ($\bar{x} \pm SS$)	43.06 \pm 9.65		38.17 \pm 8.81		t=-2.50 $p=0.01$
Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yatma durumu					
Yatmayan	3	6.7	2	4.4	$\chi^2=0.21$ $p=0.64$
Yatan	42	93.3	43	95.6	
Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yatma sayısı					
Yatmayan	3	6.7	3	6.7	$\chi^2=13.239$ $p=0.001$
1-4 kez	35	77.8	32	71.1	
5 -9 kez	7	15.6	10	22.2	
Sigara içme durumu					
Halen kullanan	5	11.1	2	4.4	$\chi^2=1.51$ $p=0.46$
Bırakan	22	48.9	22	48.9	
Hiç kullanmayan	18	40.0	21	46.7	
Alkol Kullanma Durumu					
Halen kullanan	0	0.0	3	6.7	$\chi^2=4.25$ $p=0.11$
Bırakan	13	28.9	8	17.8	
Hiç kullanmayan	32	71.1	34	75.6	
Kalp yetersizliğinize eşlik eden hastalık					
Var	43	95.6	43	95.6	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$
Yok	2	4.4	2	4.4	
Eğitim alma durumu					
Alan	7	15.6	6	13.3	$\chi^2=0.090$ $p=0.764$
Almayan	38	84.4	39	86.7	
Eğitimi kimden aldığı					
	(n=7)			(n=6)	
Hekim	4	67.1	6	100	$\chi^2=3.413$ $p=0.182$
Hemşire	3	32.9	0	0.0	

Tablo 4.16. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Eşlik eden hastalık*					
KAH	20	44.4	17	37.8	
HT	33	73.3	25	55.6	
DM	25	55.6	22	48.9	
Kapak Hast.	8	17.8	17	37.8	
Diğer**	7	15.5	12	26.7	
Kullanılan İlaçlar					
Diüretik	45	100.0	45	100.0	
ACE inhibitörü	32	71.1	31	68.9	
ARB	5	11.1	9	20.0	
Betabloker	14	31.1	8	17.8	
Diğoksin	17	37.8	11	24.4	
Antidiyabetik	22	48.9	16	35.6	
Antihipertansif	20	44.4	11	24.4	
Antikoagulan	26	57.8	26	57.8	
Bronkodilatatör	12	26.7	12	26.7	
Diğer İlaç **	0	0.0	5	11.1	
Hastaneye en sık başvurduğu semptom türü					
Dispne	43	95.6	43	95.6	
Ödem	39	86.7	45	100.0	
Göğüs ağrısı	11	24.4	17	37.8	
Yorgunluk	20	44.4	17	37.8	
Uykusuzluk	8	17.8	1	2.2	

* Müdahale grubunda eşlik eden diğer hastalık solunum sistemi (3), romatizmal hastalık (2) ve mide hastalığı (2), kontrol grubunda solunum sistemi hast. (5), romatizmal hast.(2), mide hast. (3) tiroid hast.(2) olarak ifade edilmiştir. ** Diğer ilaç olarak antiaritmik (3) ve tiroid ilaçları ifade edilmiştir.

Tablo 4.16’da Müdahale ve kontrol grubu hastalarına ilişkin bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin %51.1’inin hastalık süresinin 0-4 yıl olduğu, %93.3’ünün son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yattığı, %95.6’sının kalp yetersizliğine eşlik eden başka hastalığa sahip olduğu, %73.3’ünün hipertansiyona sahip olduğu, tüm hastaların diüretik kullandığı, %95.6’sının dispne, %86.7’sinin ödem nedeniyle hastaneye başvurduğu,%84.4’ünün daha önce kalp yetersizliği ile ilgili eğitim almadığı, %88.9’unun halen sigara içmediği ve tümünün halen alkol kullanmadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %

42.2'sinin hastalık süresinin 0-4 yıl olduğu, %95.6'sının son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yattığı, %95.6'sının kalp yetersizliğine eşlik eden başka hastalığa sahip olduğu, %55.6'sının hipertansiyona sahip olduğu, tüm hastaların diüretik kullandığı, %95.6'sının dispne, %100'ünün ödem nedeniyle hastaneye başvurduğu, %86.7'sinin daha önce kalp yetersizliği ile ilgili eğitim almadığı, %95.6'sının halen sigara içmediği ve %93.4'ünün halen alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin dağılımları incelendiğinde kalp yetersizliği sınıflaması, ejeksiyon fraksiyonu ve son bir yıl içerisinde kalp hastalığı ile hastaneye yatma sayısı arasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Müdahale ve kontrol grubu hastaları hastalık süresi, son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yatma durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık, eğitim alma durumu, eğitimi kimden aldığı bakımından benzerdir ($p> 0.05$).

Tablo 4. 17. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön test/Son test Değerlerinin Dağılımı

Metabolik Kontrol Değerleri	Müdahale Grubu (n:45) $\bar{x} \pm SS$		Kontrol Grubu (n:45) $\bar{x} \pm SS$		Test
Beden Kitle İndeksi					
Ön test	29.22	6.4	27.41	4.9	$t=1.498 p=0.138$
Son test	28.06	5.5	27.27	4.700	$t=1.498 p=0.138$
Test	$t=3.601$	$p=0.001$	$t=0.844$	$p=0.403$	
Sistolik Kan Basıncı					
Ön test	119.00	14.12	114.11	13.19	$t=1.696 p=0.093$
Son test	115.33	10.57	115.55	9.42	$t=0.105 p=0.916$
Test	$t=3.019$	$p=0.004$	$t=1.426$	$p=0.161$	
Diastolik Kan Basıncı					
Ön test	74.88	10.52	67.88	11.35	$t=3.033 p=0.003$
Son test	71.11	6.89	73.77	7.77	$t=1.721 p=0.089$
Test	$t=3.661$	$p=0.001$	$t=5.989$	$p<0.001$	
Nabız Hızı					
Ön test	77.17	8.18	77.26	11.56	$t=0.042 p=0.967$
Son test	72.66	5.42	75.77	10.27	$t=1.796 p=0.076$
Test	$t=3.642$	$p=0.001$	$t=1.376$	$p=0.176$	
Açlık Kan Şekeri					
Ön test	124.91	38.55	131.37	47.58	$t=0.708 p=0.481$
Son test	106.44	27.36	128.22	45.50	$t=2.551 p=0.007$
Test	$t=4.618$	$p<0.001$	$t=1.994$	$p=0.052$	
Sodyum (Na)					
Ön test	140.68	5.19	141.04	6.29	$t=0.292 p=0.771$
Son test	137.95	2.52	141.42	6.71	$t=3.241 p=0.002$
Test	$t=4.499$	$p<0.001$	$t=0.664$	$p=0.510$	
Potasyum (K)					
Ön test	4.53	0.75	4.51	0.75	$t=0.139 p=0.890$
Son test	4.22	0.59	4.53	0.72	$t=2.217 p=0.029$
Test	$t=3.500$	$p=0.001$	$t=0.330$	$p=0.743$	
Klor (Cl)					
Ön test	99.04	5.31	100.75	6.16	$t=1.411 p=0.162$
Son test	98.68	4.59	99.73	5.87	$t=0.939 p=0.350$
Test	$t=1.086$	$p=0.283$	$t=2.324$	$p=0.025$	

Tablo 4.17’de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin metabolik kontrol değerleriyle ilgili özellikleri verilmiştir.

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi BKİ ortalaması 29.2 ± 6.5 kg/m², eğitim sonrası BKİ ortalaması 28.0 ± 5.5 kg/m² olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası BKİ ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test BKİ ortalama puanları incelendiğinde, ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi sistolik kan basıncı ortalaması 119.0 ± 14.1 mmHg, eğitim sonrası sistolik kan basıncı ortalaması 115.3 ± 10.5 mmHg olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası sistolik kan basıncı ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.004$). Kontrol grubundaki hastaların ön test sistolik kan basıncı ortalaması 114.1 ± 13.2 mmHg, son test sistolik kan basıncı ortalaması 115.5 ± 9.4 mmHg olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test sistolik kan basıncı ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grubu hastalarının diyastolik kan basıncı ortalamalarının her iki grupta farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p< 0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi nabız hızı ortalaması 77.1 ± 8.1 , eğitim sonrası nabız hızı ortalaması 72.6 ± 5.4 olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası nabız hızı ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ön test nabız hızı ortalaması 77.2 ± 11.5 , son test nabız hızı ortalaması 75.7 ± 10.2 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test nabız hızı ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi açlık kan şekeri ortalaması 124.9 ± 38.5 mg/dl, eğitim sonrası açlık kan şekeri ortalaması 106.4 ± 27.3 mg/dl olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası açlık kan şekeri

ortalama puanları incelendiğinde, ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ön test açlık kan şekeri ortalaması 131.3 ± 47.5 mg/dl, son test açlık kan şekeri ortalaması 128.2 ± 45.5 mg/dl olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test açlık kan şekeri ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p = 0.052$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi sodyum ortalaması 140.6 ± 5.1 mEq/L eğitim sonrası sodyum ortalaması 137.9 ± 2.5 mEq/L olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası sodyum ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ön test sodyum ortalaması 141.0 ± 6.2 mEq/L, son test sodyum ortalaması 141.4 ± 6.7 mEq/L olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test sodyum ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi potasyum ortalaması 4.5 ± 0.7 mEq/L, eğitim sonrası potasyum ortalaması 4.2 ± 0.5 mEq/L olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası potasyum ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ön test potasyum ortalaması 4.5 ± 0.7 mEq/L, son test potasyum ortalaması 4.5 ± 0.7 mEq/L olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test potasyum ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi klor ortalaması 99.0 ± 5.3 mEq/L, eğitim sonrası klor ortalaması 98.6 ± 4.5 mEq/L olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası klor ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p = 0.283$). Kontrol grubundaki hastaların ön test klor ortalaması 100.7 ± 6.1 mEq/L, son test klor ortalaması 99.7 ± 5.8 mEq/L olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test klor ortalama puanları incelendiğinde ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4. 18. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaşam Şekli Değişikliklerinin Ön test- Son test Analizleri

	Müdahale Grubu (n:45)		Kontrol Grubu (n:45)		Test
	n	%	n	%	
Diyet verilme durumu					
Ön test	38	84.4	40	88.9	$\chi^2=0.051$ $p=0.821$
Son test	45	100.0	40	88.9	$\chi^2=0.244$ $p=0.665$
Evde diyet uygulama durumu					
Ön test	25	55.6	22	48.9	$\chi^2=0.191$ $p=0.662$
Son test	44	97.8	22	48.9	$\chi^2=7.333$ $p=0.007$
Az tuzlu diyet uygulama durumu					
Ön test	24	53.3	22	48.9	$\chi^2=0.087$ $p=0.768$
Son test	44	97.8	22	48.9	$\chi^2=7.733$ $p=0.007$
Düzenli egzersiz yapma durumu					
Ön test	4	8.9	4	8.9	$\chi^2=0$ $p=1$
Son test	41	91.1	4	8.9	$\chi^2=30.422$ $p<0.001$
Yürüyüş yapma durumu					
Ön test	4	8.9	4	8.9	$\chi^2=0$ $p=1$
Son test	41	91.1	4	8.9	$\chi^2=30.422$ $p<0.001$
Ödemli olma durumu					
Ön test	33	73.3	30	66.7	$\chi^2=0.143$ $p=0.705$
Son test	7	15.6	27	60.0	$\chi^2=11.765$ $p=0.001$

Tablo 4.18’de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ön test ve son test karşılaştırmaları verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastaların evde diyet uygulama durumu, az tuzlu diyet uygulama durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, yürüyüş yapma durumu ve ödeme sahip olma durumları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.005$).

Tablo 4.19. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin MSAS-HF, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği, Borg Dispne- Yorgunluk Ölçeği Ön test Son test Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	Müdahale Grubu (n=45)	Kontrol Grubu (n=45)	Test
MSAS-HF Toplam Puan	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Ön test	1.801 \pm 0.381	1.808 \pm 0.572	$t=0.076$ $p=0.939$
Son test	0.762 \pm 0.294	1.847 \pm 0.565	$t=11.421$ $p<0.001$
Test	$t= 21.360$ $p< 0.001$	$t= -1.284$ $p= 0.206$	
MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut			
Ön test	1.629 \pm 0.371	1.576 \pm 0.591	$t=-0.507$ $p=0.613$
Son test	0.713 \pm 0.271	1.620 \pm 0.570	$t= 9.638$ $p<0.001$
Test	$t= 17.175$ $p<0.001$	$t= -1.270$ $p= 0.211$	
MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut			
Ön test	2.083 \pm 0.670	2.248 \pm 0.614	$t=1.217$ $p=0.227$
Son test	0.772 \pm 0.453	2.274 \pm 0.611	$t= 13.236$ $p<0.001$
Test	$t= 16.278$ $p< 0.001$	$t= -0.647$ $p= 0.521$	
MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut			
Ön test	2.262 \pm 0.557	2.153 \pm 0.659	$t=-0.845$ $p=0.400$
Son test	0.989 \pm 0.406	2.155 \pm 0.662	$t= 10.067$ $p<0.001$
Test	$t= 16.772$ $p<0.001$	$t= -0.052$ $p= 0.959$	
Öz Bakım Gücü Ölçeği			
Ön test	1.605 \pm 0.681	1.556 \pm 0.938	$t=-0.279$ $p=0.781$
Son test	2.582 \pm 0.535	1.634 \pm 0.867	$t=-6.234$ $p<0.001$
Test	$t= -11.532$ $p< 0.001$	$t= -1.406$ $p= 0.167$	
Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği			
Ön test	1.884 \pm 0.343	1.988 \pm 0.539	$t=1.087$ $p=0.208$
Son test	2.760 \pm 0.509	1.992 \pm 0.475	$t=-7.393$ $p<0.001$
Test	$t=-11.958$ $p< 0.001$	$t= -0.123$ $p= 0.903$	
Borg-Dispne Ölçeği			
Ön test	4.311 \pm 1.940	4.555 \pm 1.752	$t=0.627$ $p=0.532$
Son test	1.555 \pm 1.056	4.333 \pm 0.537	$t= 9.989$ $p<0.001$
Test	$t= 10.580$ $p< 0.001$	$t= 1.948$ $p= 0.058$	
Borg-Yorgunluk Ölçeği			
Ön test	4.266 \pm 1.899	4.644 \pm 1.896	$t= 0.944$ $p=0.348$
Son test	1.555 \pm 1.056	4.466 \pm 0.618	$t=10.106$ $p<0.001$
Test	$t= 10.780$ $p< 0.001$	$t= 1.386$ $p= 0.173$	

Tablo 4.19’da müdahale ve kontrol grubu hastalarına ilişkin bireylerin ölçek puanlarının ön test ve son test karşılaştırmaları verilmiştir.

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme MSAS-HF toplam ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.939$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri MSAS-HF toplam ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası MSAS-HF toplam ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme MSAS-HF toplam ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.613$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri MSAS-HF fiziksel alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası MSAS-HF fiziksel alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme MSAS-HF fiziksel alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.211$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme MSAS-HF psikolojik alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0.227$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri MSAS-HF psikolojik alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası MSAS-HF psikolojik alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk görüşme ile son

görüşme MSAS-HF psikolojik alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.521$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.400$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.959$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.781$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.167$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.208$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk

görüşme ile son görüşme kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.903$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme borg-dispne ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.532$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri Borg-Dispne Ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası Borg-Dispne Ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme Borg-Dispne Ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.058$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile kontrol grubunun ilk görüşme Borg-Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim öncesi ve ilk görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.348$). Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşmeleri Borg-Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası Borg-Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme Borg-Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.173$).

Tablo 4. 20. Kontrol Grubundaki Bireylerin Ölçeklerin Öntest – Sontest Fark Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımsız Değişkenler	MSAS-HF Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	Öz Bakım Gücü Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Dispne Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Yorgunluk Ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Yaş								
59 ve altı	-0.180±0.319	-0.212±0.335	-0.125±0.481	-0.003±0.330	-0.164±0.598	0.064±0.428	0.692±1.315	0.538±1.560
60-69	0.008±0.028	0.009±0.035	0.000±0.000	0.027±0.099	-0.004±0.015	-0.035±0.127	0.000±0.000	0.000±0.000
70 ve üstü	0.025±0.111	0.035±0.154	0.024±0.107	-0.020±0.088	-0.069±0.301	-0.030±0.133	0.052±0.229	0.052±0.229
<i>F/p</i>	5.292 / 0.009	6.152 / 0.005	1.309/0.281	0.238/0.789	0.601/0.553	0.669/0.518	3.927/0.027	1.670/0.201
Cinsiyet								
Kadın	-0.049±0.269	-0.041±0.317	-0.014±0.297	-0.048±0.233	-0.123±.446	-0.060±0.254	0.388±0.849	0.222±1.003
Erkek	-0.032±0.149	-0.044±0.153	-0.033±0.253	0.029±0.151	-0.047±0.319	0.032±0.248	0.111±0.697	0.148±0.769
<i>t/p</i>	0.273/0.112	-0.049 /0.229	-0.224/ 0.566	1.357/0.103	0.668/0.198	1.212/0.393	-1.199/0.158	-0.280/0.406
Eğitim durumu								
İlköğretim	0.005±0.149	0.012±0.141	0.037±0.190	0.0029±0.178	-0.130±0.339	-0.073±0.206	0.233±0.678	0.222±1.003
Lise ve üstü	-0.127±0.266	-0.155±0.322	-0.153±0.354	-.0102±0.218	0.026±0.424	0.133±0.284	0.200±0.941	0.148±0.769
<i>t/p</i>	2.135/0.008	2.443/0.001	2.363/0.025	0.216/0.363	-1.346/0.791	-2.785/0.140	0.136/0.346	-0.280/0.406

Tablo 4. 20. Kontrol Grubundaki Bireylerin Ölçeklerin Ön test – Son test Fark Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki (devamı)

Bağımsız Değişkenler	MSAS-HF Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	Öz Bakım Gücü Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Dispne Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Yorgunluk Ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Son 1 yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yatma sayısı								
Yatmayan	-0.077±0.214	-0.063±0.209	-0.118±0.343	-0.034±0.076	0.028±0.094	0.072±0.238	-0.090±0.301	-0.090±0.301
1-4 kez	-0.035±0.175	-0.061±0.234	-0.022±0.206	0.040±0.189	-0.036±0.372	0.003±0.249	0.208±0.721	0.125±0.899
5-9 kez	-0.005±0.264	0.020±0.250	0.066±0.304	-0.064±0.260	-0.294±0.494	-0.108±0.264	0.600±1.074	0.600±1.074
F/p	0.328/0.722	0.484/0.620	1.259/0.294	1.308/0.281	2.429/0.100	1.387/0.261	2.266/0.116	1.855/0.169
Kalp yetersizliğinize eşlik eden hastalık								
Evet	-0.040±0.208	-0.045±0.234	-0.027±0.274	-0.001±0.194	-0.081±0.380	-0.004±0.258	0.232±0.781	0.186±0.879
Hayır	0.000±0.000	0.000±0.000	0.000±0.000	0.000±0.000	0.000±0.000	0.000±0.000	0.000±0.000	0.000±0.000
t/p	-0.274/0.380	-0.271/0.414	-0.138/0.454	-0.011/0.467	-0.300/0.306	-0.026/0.516	0.416/0.275	0.296/0.328

Tablo 4.20’de kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı ve hastalıkla ilgili özellikleri ile ölçeklerin ön test – son test fark puan ortalamaları arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı verilmiştir.

Araştırmada kontrol grubundaki bireylerin yaş değişkenine göre 60-69 yaş grubunda MSAS-HF ile alt boyutları ve Borg Dispne-Yorgunluk Ölçeği puan farklarında pozitif yönde azalma saptanmıştır, MSAS HF, fiziksel boyut ve Borg Dispne Ölçekleri puan farklarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Öz Bakım Gücü ve Sağlık Davranışları Ölçeği puan farklarının ortalamaları arasında fark bulunmamıştır.

Kontrol grubundaki bireylerin medeni durum değişkenine göre ölçeklerin puan farklarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim düzeyi durumuna göre MSAS-HF, fiziksel ve psikolojik alt boyutunda puan farklarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Öz Bakım Gücü, Sağlık Davranışları Ölçeği ve Borg Dispne Ölçeği puan farklarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Kontrol grubundaki bireylerin medeni durumuna göre Öz Bakım Gücü, Sağlık Davranışları Ölçeği, MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyutu puan farklarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin çalışma durumuna göre MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut puan farklarının ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin kalp yetersizliği sınıflaması göre MSAS-HF kalp yetersizliği ve psikolojik boyut ile öz bakım gücü ve Borg Dispne Ölçeği puan farklarının ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4. 21. Müdahale Grubundaki Bireylerin Ölçeklerin Ön test – Son test Fark Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımsız Değişkenler	MSAS-HF Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	Öz Bakım Gücü Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Dispne Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Yorgunluk Ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Yaş								
59 ve altı	1.041±0.297	0.919±0.362	1.241±0.489	1.363±0.433	0.889±0.530	-1.028±0.518	2.812±1.796	2.812±1.796
60-69	1.079±0.360	0.957±0.377	1.373±0.623	1.360±0.559	1.173±0.590	-0.945±0.435	3.312±1.493	3.250±1.341
70 ve üstü	0.985±0.334	0.862±0.350	1.319±0.521	1.054±0.502	0.944±0.562	-0.602±0.440	2.000±1.825	1.923±1.754
<i>F/p</i>	0.293/0.747	0.242/0.786	0.235/0.792	1.741/0.188	1.537/0.227	3.245/0.049	2.143/0.130	2.408/0.102
Cinsiyet								
Kadın	1.020±0.34	0.855±0.319	1.382±0.548	1.190±0.579	-0.880±0.637	-0.734±0.501	2.437±1.504	2.437±1.504
Erkek	1.048±0.321	0.950±0.378	1.271±0.541	1.319±0.470	-1.030±0.530	-0.954±0.476	2.9310±1.869	2.862±1.787
<i>t/p</i>	0.279/ 0.618	0.845/0.656	0-.658/0.753	0.809/0.561	0-.846/0.185	-1.453/0.322	0.905/0.510	0.805/0.627
Eğitim durumu								
İlk-öğretim	1.060 ± 0.326	0.920±0.373	1.355±0.550	1.2830±0.501	-0.888±0.596	-0.760±0.554	2.703±1.682	2.666±1.664
Lise ve üstü	1.005± 0.332	0.910±0.344	1.244±0.532	1.2593±0.535	-1.109±0.511	-1.048±0.320	2.833±1.886	2.777±1.767
<i>t/p</i>	0.552 / 0.988	0.091/0.676	0.669/0.749	0.151/0.571	1.285/0.182	1.988/0.005	-0.241/ 0.711	-0.214/0.772

Tablo 4. 21. Müdahale Grubundaki Bireylerin Ölçeklerin Ön test – Son test Fark Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki (devamı)

Bağımsız Değişkenler	MSAS-HF Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	Öz Bakım Gücü Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Dispne Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Yorgunluk Ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Hastalık süresi (Yıl)								
0-4	1.000±0.321	0.871±0.345	1.193±0.516	1.317±0.516	-0.874±0.605	-0.853±0.496	2.739±1.763	2.695±1.743
5-9	1.030±0.378	0.929±0.360	1.265±0.559	1.194±0.612	-1.101±0.554	-0.926±0.494	2.846±2.034	2.769±1.877
10 ve üzeri	1.147±0.262	1.013±0.405	1.676±0.458	1.275±0.338	-1.060±0.494	-0.861±0.527	2.666±1.414	2.666±1.414
F/p	0.656/0.524	0.510/0.604	2.875/0.068	0.231/0.795	0.772/0.468	0.093/0.912	0.029/0.972	0.011/0.989
Kalp yetersizliği sınıflaması								
NYHA II	1.010±0.347	0.867±0.387	1.267±0.603	1.268±0.480	-0.978±0.564	-0.847±0.470	2.850±1.663	2.800±1.641
NYHA III	1.043±0.320	0.935±0.332	1.313±0.503	1.260±0.551	-0.980±0.605	-0.865±0.512	2.652±1.897	2.608±1.802
NYHA IV	1.259±0.145	1.194±0.377	1.711±0.000	1.473±0.509	-0.928±0.262	-1.270±0.559	3.000±1.414	3.000±1.414
F/p	0.524/0.596	0.817/0.449	0.602/0.553	0.156/0.856	0.007/0.993	0.673/0.516	0.085/0.918	0.095/0.909
Son 1 yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yatma durumu								
Hayır	0.862±0.408	0.797±0.162	0.933±0.823	1.095±0.485	-0.742±0.488	-0.986±0.393	5.333±2.081	5.000±1.732
Evet	1.051±0.321	0.925±0.367	1.337±0.518	1.286±0.514	-0.993±0.575	-0.868±0.500	2.571±1.594	2.547±1.580
t/p	0.-968/0.905	-0.593/0.175	-1.261/0.263	-0.622/0.840	0.735/0.469	-0.398/0.497	2.852/0.647	2.585/0.932

Tablo 4. 21. Müdahale Grubundaki Bireylerin Ölçeklerin Ön test – Son test Fark Puan Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki (devamı)

Bağımsız Değişkenler	MSAS-HF Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut $\bar{x} \pm SS$	Öz Bakım Gücü Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Dispne Ölçeği $\bar{x} \pm SS$	Borg-Yorgunluk Ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Son 1 yıl içerisinde kalp hastabığı nedeni ile hastaneye yatma sayısı								
	1.096±0.317	0.972±0.338	1.405±0.505	1.351±0.520	-1.049±0.525	-0.858±0.440	2.714±1.739	2.642±1.637
Yatmayan	0.944±0.330	0.866±0.428	1.117±0.585	1.053±0.429	-0.768±0.668	-0.848±0.606	3.000±2.000	2.818±1.778
1-4 kez	0.943±0.355	0.746±0.290	1.225±0.602	1.312±0.554	-1.023±0.578	-1.006±0.562	2.500±1.516	2.833±2.041
5-9 kez	1.160/0.323	1.127/0.334	1.220/0.306	1.400/0.258	0.982/0.383	0.239/0.788	0.173/0.842	0.058/0.944
Kalp yetersizliğinize eşlik eden hastalık								
Evet	1.033±0.328	0.908±0.362	1.317±0.539	1.255±0.512	-0.977±0.562	-0.896±0.492	2.720±1.694	2.674±1.628
Hayır	1.151±0.341	1.083±0.223	1.166±0.769	1.653±0.263	-0.971±0.969	-0.437±0.147	3.500±3.535	3.500±3.535
t/p	0-.494/0.730	0-.670/0.378	0.382/0.651	-1.081/0.345	-0.014 /0.321	-1.301/0.160	-0.612/0.115	-0.672/0.086

Tablo 4. 22. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ölçekler Arasındaki İlişkinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi

Ölçekler	Müdahale Grubu			Ölçekler			Kontrol Grubu			
	Beta	t	p	MSAS-HF Toplam Puan	Beta	t	p	Beta	t	p
MSAS-HF Toplam Puan										
Cinsiyet	0.345	2.507	0.016					0.482	3.609	0.001
Hastaneye yatma sayısı	0.299	2.177	0.035	Gelir durumu						
MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut										
Hastaneye yatma sayısı	0.328	2.274	0.028	MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut	Beta	t	p	Beta	t	p
MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut										
Hastaneye yatma sayısı	0.290	2.237	0.031	Gelir durumu	Beta	t	p	Beta	t	p
MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut				Hastalık süresi				0.429	3.272	0.002
Cinsiyet	0.524	4.034	0.000	MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut	Beta	t	p	0.284	2.166	0.036
Öz Bakım Gücü Ölçeği										
Gelir durumu	-0.311	-2.145	0.038	Gelir durumu	Beta	t	p	Beta	t	p
Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği				Kalp yetersizliği sınıflaması				0.311	2.113	0.041
Yaş	-0.465	-3.445	0.001	Öz Bakım Gücü Ölçeği	Beta	t	p	0.306	2.077	0.044
Borg-Dispne Ölçeği										
Gelir durumu	-0.311	-2.145	0.038	Gelir durumu	Beta	t	p	Beta	t	p
Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği				Hastalık süresi				-0.380	3.079	0.004
Yaş	-0.465	-3.445	0.001	Kalp yetersizliği sınıflaması				-0.296	2.544	0.015
Borg-Dispne Ölçeği								-0.273	-2.173	0.036
Gelir durumu	-0.311	-2.145	0.038	Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği	Beta	t	p	Beta	t	p
Borg-Yorgunluk Ölçeği								-0.326	-2.673	0.011
Gelir durumu	-0.465	-3.445	0.001	Gelir durumu				-0.259	-2.173	0.036
Borg-Dispne Ölçeği				Eğitim alma durumu				-0.387	-3.288	0.002
Gelir durumu	-0.465	-3.445	0.001	Hastalık süresi						
Borg-Yorgunluk Ölçeği										
Gelir durumu	-0.465	-3.445	0.001	Borg-Dispne Ölçeği	Beta	t	p	Beta	t	p
Borg-Yorgunluk Ölçeği								0.300	2.200	0.033
Gelir durumu	-0.465	-3.445	0.001	Gelir durumu				0.420	3.081	0.004
Borg-Yorgunluk Ölçeği				Kalp yetersizliği sınıflaması	Beta	t	p	Beta	t	p
Gelir durumu	-0.465	-3.445	0.001	Borg-Yorgunluk Ölçeği						
Borg-Yorgunluk Ölçeği										
Gelir durumu	-0.465	-3.445	0.001	Gelir durumu	Beta	t	p	Beta	t	p
Borg-Yorgunluk Ölçeği				Kalp yetersizliği sınıflaması				0.353	2.549	0.015
Gelir durumu	-0.465	-3.445	0.001	Kalp yetersizliği sınıflaması				0.352	2.544	0.015

Tablo 4. 21'de müdahale grubundaki bireylerin tanıtıcı ve hastalıkla ilgili özellikleri ile ölçeklerin ön test – son test fark puan ortalamaları arasında yapılan analiz sonuçlarının dağılımı verilmiştir.

Araştırmada müdahale grubundaki bireylerin yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre sağlık davranışları ölçeği puan farklarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Araştırmada müdahale grubundaki bireylerin meslek değişkenlerine göre MSAS HF ve Fiziksel boyut ölçeği puan farklarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4. 22' de bireylerin tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile ölçekler arasındaki ilişkinin çok değişkenli regresyon analizi yer almaktadır. Müdahale grubu hastalarında yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre cinsiyetin MSAS-HF ve MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut puanını, yaşın kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeği puanını, yatma sayısının MSAS-HF toplam, MSAS-HF fiziksel alt boyut, MSAS-HF psikolojik alt boyut puanını, gelir durumunun Öz Bakım Gücü Ölçeği puanını etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarında yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre gelir durumunun MSAS-HF Toplam, MSAS-HF psikolojik alt boyut, MSAS-HF fiziksel alt boyut, MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut, Öz Bakım Gücü Ölçeği, kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeği, Borg-Dispne Ölçeği ve Borg-Yorgunluk Ölçeği puanlarını, kalp yetersizliği sınıflamasının MSAS-HF kalp yetersizliği alt boyut, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Borg-Dispne Ölçeği ve Borg-Yorgunluk Ölçeği puanlarını, eğitim alma durumunun Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği puanını, hastalık süresinin MSAS-HF psikolojik alt boyut, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği puanlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4. 23'te müdahale grubu bireylerinin eğitim öncesi görüşme ve eğitim sonrası görüşme son bir hafta içinde karşılaştıkları semptomlarının sayı, sıklık, şiddet ve rahatsızlık değerleri verilmiştir. Grafik 9'da müdahale grubu bireylerinin eğitim öncesi görüşme ve eğitim sonrası görüşme semptomlarının sayısı, Grafik 11'de müdahale grubu bireylerinin eğitim öncesi görüşme ve eğitim sonrası görüşme semptomlarının sıklık puanları, Grafik 13'de müdahale grubu bireylerinin eğitim öncesi görüşme ve eğitim sonrası görüşme semptomlarının şiddet puanları, Grafik 15'te müdahale grubu bireylerinin eğitim öncesi görüşme ve eğitim sonrası görüşme semptomlarının rahatsızlık puanları verilmiştir.

Tablo 4. 23 incelendiğinde eğitim öncesi görüşme verilerine göre son bir hafta içinde en sık karşılaşılan semptomlar; hastaların %100'ünde solunum güçlüğü, halsizlik, uyku güçlüğü, el ve ayaklarda karıncalanma, gündüz uyku hali, %97.8'inde kol ve bacaklarda şişme, düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, gece solunum güçlüğü ile uyanma, %89.9'unda ağız kuruluğu, %84.4'ünde iştahsızlık, %80'inde ağırlık kazanımı, %77.8'inde kabızlık ve tedirginlik, %75.6'sında üzüntü ve endişelenme, %71.1'inde öksürük ve sinirlilik, %64.4'ünde çarpıntı, %53.3'ünde terleme, tat duyusunda değişiklik ve şişkinlik hissi, %51.1'inde konsantrasyon güçlüğü, 42.2'sinde göğüs ağrısı, %33.3'ünde baş ağrısı, %31.1'inde göğüs ağrısı dışında diğer bir ağrı ve kaşıntı, %17.8'inde mide bulantısı, %13.3'ünde ağırlık kaybı ve idrar problemi saptanmıştır. Tablo 23'e göre eğitim öncesi semptomun son bir hafta içindeki sıklık, şiddet ve rahatsızlık değerlerinde sırasıyla semptom sayılarıyla benzer değerler göstermiştir. Tablo 23'e göre eğitim sonrası semptomun son bir hafta içindeki sayı, sıklık, şiddet ve rahatsızlık değerlerinde olumlu düzeyde bir azalma saptanmıştır.

Tablo 4.23. Müdahale Grubu Bireylerinin Semptomlarının Ön test Son test Sayı, Sıklık, Şiddet ve Rahatsızlık Değerlerinin Dağılımı

Semptom Müdahale	% İlk	% Son	Semptom Sıklık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Sıklık Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık Son $\bar{x} \pm SS$
1. Konsantrasyon Güçlüğü	51.1	31.1	1.26±1.3	0.48±0.8	1.37±1.2	1.26±1.3	1.79±1.0	1.15±0.5
2. Göğüs Ağrısı	42.2	20.0	1.06±1.3	0.37±0.8	1.17±1.1	1.06±1.3	1.63±1.0	1.10±0.6
3. Göğüs Ağrısı Dışında Herhangi Bir Başka Ağrı/ Diğer Ağrı	31.1	17.8	0.82±1.2	0.24±0.5	0.75±1.2	0.82±1.2	1.45±1.0	0.99±0.4
4. Öksürük	71.1	28.9	1.73±1.1	0.46±0.7	2.15±1.0	1.73±1.1	2.18±0.9	1.17±0.6
5. Kaygı/ Tedirginlik	77.8	40.0	1.93±1.1	0.60±0.8	2.04±1.0	1.93±1.1	2.34±0.9	1.28±0.6
6. Ağız Kuruluğu	88.9	44.4	2.26±0.9	0.55±0.69	2.04±1.1	2.26±0.9	2.61±0.7	1.24±0.5
7. Mide Bulantısı	17.8	6.7	0.40±0.8	0.11±0.4	0.60±1.0	0.40±0.8	1.12±0.7	0.88±0.3
8. Uykü/ Sersemlik Hali	100	73.3	2.91±0.5	0.97±0.7	2.60±0.8	2.91±0.5	3.12±0.4	1.58±0.6
9. Ellerde /Ayaklarda Karıncalanma	100	66.7	2.82±0.4	0.93±0.7	2.66±0.7	2.82±0.4	3.05±0.3	1.54±0.6
10. Uykü Güçlüğü/Uykusuzluk	100	73.3	2.95±0.4	1.00±0.7	2.77±0.6	2.95±0.4	3.16±0.3	1.60±0.6
11. Şişkinlik Hissi	53.3	20.0	1.40±1.3	0.24±0.5	1.51±1.4	1.40±1.3	1.92±1.0	0.99±0.4
12. İdrar Problemi	13.3	6.7	0.28±0.7	0.08±0.3	0.88±1.1	0.28±0.7	1.03±0.6	0.87±0.2
13. Çarpıntı	64.4	31.1	1.42±1.1	0.42±0.6	1.37±1.3	1.42±1.1	1.93±0.8	1.13±0.5
14. Halsizlik Hissi	100	88.9	3.08±0.6	1.33±0.7	2.88±0.6	3.08±0.6	3.27±0.5	1.86±0.5
15. Gece Solunum Güçlüğü ile Uyanma	97.8	80.0	2.93±0.6	1.15±0.7	3.00±0.6	2.93±0.6	3.14±0.5	1.72±0.6
16. Kusma	11.1	-	0.24±0.7	0.00±0.0	0.22±0.7	0.24±0.7	0.99±0.5	0.80±0.0
17. Solunum Güçlüğü/Yetmezliği	100.0	82.2	2.95±0.4	1.22±0.7	2.93±0.6	2.95±0.4	3.16±0.3	1.77±0.6
18. İshal	6.7	-	0.15±0.6	0.00±0.0	0.37±0.9	0.15±0.6	0.92±0.4	0.80±0.0

Tablo 4.23. Müdahale Grubu Bireylerinin Semptomlarının Ön test Son test Sayı, Sıklık, Şiddet ve Rahatsızlık Değerlerinin Değişimi (devamı)

Semptom Müdahale	% İlk	% Son	Semptom Sıklık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Sıklık Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık Son $\bar{x} \pm SS$
19. Üzgün/ Üzüntülü Hissetme	75.6	22.2	1.84±1.1	0.35±0.7	2.35±0.8	1.84±1.1	2.29±0.9	1.08±0.5
20. Terleme	53.3	13.3	1.17±1.1	0.24±0.6	0.86±1.1	1.17±1.1	1.74±0.9	0.99±0.5
21. Endişelenme	75.6	26.7	1.86±1.1	0.35±0.6	2.20±0.7	1.86±1.1	2.29±0.9	1.08±0.5
22. Cinsel İlgisi veya Cinsel İlişki Problemi	6.7	4.4	0.20±0.7	0.11±0.5	0.60±1.2	0.20±0.7	0.96±0.6	0.88±0.4
23. Kaşınıtı	31.1	4.4	0.62±0.9	0.04±0.2	1.08±1.1	0.62±0.9	1.29±0.7	0.83±0.1
24. İştahsızlık	84.4	35.6	2.26±1.0	0.44±0.6	2.37±0.6	2.26±1.0	2.61±0.8	1.15±0.5
25. Baş dönmesi	33.3	13.3	0.82±1.2	0.17±0.4	1.42±1.2	0.82±1.2	1.45±0.9	0.94±0.3
26. Aşırı Alınganlık/Sinirlilik	71.1	31.1	1.80±1.2	0.46±0.7	2.26±0.7	1.82±1.2	2.25±0.9	1.17±0.6
27. Tat Duyusunda Değişiklik	53.3	24.4	*	*	0.33±0.6	0.95±0.9	1.56±0.7	1.06±0.5
28. Ağrı Kaybı	13.3	33.3	*	*	0.17±0.4	0.28±0.7	1.03±0.6	1.12±0.4
29. Kabızlık	77.8	46.7	*	*	1.60±0.9	1.73±1.0	2.18±0.8	1.22±0.5
30. Kol veya Bacaklarda Şişme	97.8	68.9	*	*	2.15±0.8	2.71±0.7	2.96±0.6	1.52±0.5
31. Ağrı Kazanımı	80.0	35.6	*	*	1.66±1.1	2.11±1.2	2.52±0.9	1.19±0.5
32. Düz Yatar Pozisyonda Solunum Güçlüğü	97.8	80.0	*	*	2.77±0.7	3.04±0.8	3.23±0.6	1.76±0.6

* Semptomun sıklık özelliği yoktur.

Tablo 4.24. Kontrol Grubu Bireylerinin Ön test – Son test Semptomlarının Sayı, Sıklık, Şiddet ve Rahatsızlık Değerleri

SEMPATOM KONTROL	% İlk	% Son	Semptom Sıklık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Sıklık Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık Son $\bar{x} \pm SS$
1. Konstrasyon Güçlüğü	53.3	57.8	1.13±0.1	1.26±1.1		1.37±1.2	1.74±0.9	1.83±0.9
2. Göğüs Ağrısı	48.9	53.3	1.02±0.1	1.13±1.1		1.17±1.1	1.65±0.9	1.72±0.9
3. Göğüs Ağrısı Dışında Herhangi	22.2	28.9	0.60±1.1	0.73±1.1	0.62±1.1	0.75±1.2	1.28±0.9	1.38±0.9
4. Öksürük	86.7	88.9	2.04±1.1	2.08±1.0	2.13±1.1	2.15±1.0	2.50±0.8	2.52±0.8
5. Kaygı/ Tedirginlik	80.0	84.4	1.88±1.0	2.00±1.0	1.97±1.1	2.04±1.0	2.38±0.9	2.43±0.8
6. Ağız Kuruluğu	80.0	84.4	1.91±1.1	1.95±1.1	2.04±1.2	2.04±1.1	2.43±0.9	2.43±0.8
7. Mide Bulantısı	26.7	28.9	0.66±1.1	0.60±1.0	0.68±1.2	0.60±1.0	1.35±0.9	1.28±0.8
8. Uyku/ Sersemlik Hali	95.6	97.8	2.48±0.8	2.57±0.8	2.53±0.8	2.60±0.8	2.82±0.6	2.88±0.6
9. Ellerde /Ayaklarda	97.8	97.8	2.51±0.7	2.64±0.8	2.57±0.7	2.66±0.7	2.86±0.6	2.93±0.6
10. Uyku Güçlüğü/Uykusuzluk	100.0	100.0	2.66±0.6	2.75±0.6	2.71±0.6	2.77±0.6	2.98±0.4	3.04±0.5
11. Şişkinlik Hissi	51.1	57.8	1.33±1.3	1.48±1.4	1.37±1.4	1.51±1.4	1.90±1.1	2.00±1.1
12. İdrar Problemi	28.9	42.2	0.73±1.1	0.91±1.1	0.73±1.1	0.88±1.1	1.38±0.9	1.51±0.9
13. Çarpıntı	51.1	57.8	1.24±1.2	1.37±1.3	1.26±1.3	1.37±1.3	1.81±1.0	1.90±1.0
14. Halsizlik Hissi	1000	100.0	2.80±0.5	2.88±0.6	2.80±0.5	2.88±0.6	3.04±0.4	3.11±0.4
15. Gece Solunum Güçlüğü ile	1000	100.0	2.88±0.6	3.00±0.6	2.88±0.6	3.00±0.6	3.09±0.4	3.18±0.4
16. Kusma	8.9	8.9	0.24±0.8	0.22±0.7	0.26±0.8	0.22±0.7	1.01±0.6	0.97±0.5
17. Solunum Güçlüğü/Yetmezliği	1000	100.0	2.84±0.6	2.93±0.6	2.84±0.6	2.93±0.6	3.07±0.5	3.14±0.5
18. İshal	13.3	15.6	0.35±0.9	0.37±0.9	0.35±0.9	0.37±0.9	1.08±0.7	1.10±0.7
19. Üzgin/ Üzüntülü Hissetme	95.6	95.6	2.35±0.7	2.33±0.7	2.40±0.7	2.35±0.8	2.72±0.6	2.68±0.6
20. Terleme	26.7	40.0	0.66±1.1	0.86±1.1	0.66±1.1	0.86±1.1	1.33±0.9	1.49±0.8
21. Endişelenme	95.6	95.6	2.20±0.7	2.15±0.7	2.24±0.7	2.20±0.7	2.61±0.6	2.56±0.6

Tablo 4.24. Kontrol Grubu Bireylerinin Ön test – Son test Semptomlarının Sayı, Sıklık, Şiddet ve Rahatsızlık Değerleri (devamı)

SEMPATOM KONTROL	% İlk	% Son	Semptom Sıklık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Sıklık Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Şiddet Son $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık İlk $\bar{x} \pm SS$	Semptom Rahatsızlık Son $\bar{x} \pm SS$
22. Cinsel İliği veya Cinsel İlişti Problemi	20.0	20.0	0.66±1.3	0.60±1.2	0.66±1.3	0.60±1.2	1.33±1.1	1.28±1.0
23. Kaşıntı	42.2	51.1	0.97±1.1	1.08±1.1	0.97±1.1	1.08±1.1	1.58±0.9	1.67±0.9
24. İştahsızlık	100.0	100.0	2.35±0.7	2.35±0.6	2.40±0.6	2.37±0.6	2.73±0.5	2.72±0.5
25. Baş dönmesi	51.1	60.0	1.26±1.3	1.42±1.2	1.31±1.3	1.42±1.2	1.84±1.0	1.93±1.0
26. Aşırı Alınganlık/Sinirlilik	97.8	100.0	2.24±0.7	2.24±0.7	2.28±0.7	2.26±0.7	2.63±0.6	2.61±0.5
27. Tat Duyusunda Değişiklik	42.2	44.4	*	*	0.86±1.0	0.93±1.1	1.51±0.8	1.54±0.9
28. Ağrı Kaybı	6.7	13.3	*	*	0.15±0.6	0.17±0.4	0.92±0.4	0.94±0.3
29. Kabızlık	75.6	80.0	*	*	1.55±0.9	1.60±0.9	2.06±0.7	2.08±0.7
30. Kol veya Bacaklarda Şişme	97.8	95.6	*	*	2.20±0.7	2.15±0.8	2.59±0.6	2.54±0.6
31. Ağrı Kazanımı	84.4	73.3	*	*	1.88±0.9	1.66±1.1	2.36±0.8	2.15±0.9
32. Düz Yatar Pozisyonda Solunum Güçlüğü	97.8	97.8	*	*	2.86±0.7	2.77±0.7	3.11±0.6	3.04±0.6

* Semptomun sıklık özelliği yoktur

Tablo 24'te kontrol grubu bireylerinin ilk görüşme ve son görüşme son bir hafta içinde karşılaştıkları semptomlarının sayısı, sıklık, şiddet ve rahatsızlık değerleri verilmiştir. Grafik 10'da kontrol grubu bireylerinin ilk görüşme ve son görüşme semptomlarının sayısı, Grafik 12'de kontrol grubu bireylerinin ilk görüşme ve son görüşme semptomlarının ortalama sıklık puanları, Grafik 14'te kontrol grubu bireylerinin ilk görüşme ve son görüşme semptomlarının ortalama şiddet puanları, Grafik 16'da kontrol grubu bireylerinin ilk görüşme ve son görüşme semptomlarının ortalama rahatsızlık puanları verilmiştir. Tablo 24 incelendiğinde ilk görüşme verilerine göre son bir hafta içinde en sık karşılaşılan semptomlar; hastaların %100'ünde solunum güçlüğü, gece solunum güçlüğü ile uyanma, halsizlik, uyku güçlüğü ve iştahsızlık, %97.8'inde kol ve bacaklarda şişme, sinirlilik, el ve ayaklarda karıncalanma ve düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü , %95.6'sında endişelenme, üzüntü ve gündüz uyku hali, %86.7'sinde öksürük, %84.4'ünde ağırlık kazanımı, %80'inde kaygı ve ağız kuruluğu, %53.3'ünde konsantrasyon güçlüğü, %51.1'inde çarpıntı, şişkinlik hissi ve baş dönmesi, %48.9'unda göğüs ağrısı, %42.2'sinde kaşıntı ve tat duyusunda değişiklik, %26.7'sinde mide bulantısı, %22.2'sinde göğüs ağrısı dışında diğer bir ağrı, %8.9'unda kusma %6.7'sinde ağırlık kaybı gözlenmiştir. Tablo 24'e göre semptomun son bir hafta içindeki ilk görüşme sıklık, şiddet ve rahatsızlık değerlerinde sırasıyla semptom sayılarıyla benzer değerler göstermiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmadan elde edilen bulgular iki aşama halinde tartışılmıştır. Birinci aşamada kalp yetersizliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması tartışılmış, ikinci aşamada kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisi tartışılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

5. 1. KALP YETERSİZLİĞİ MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN TARTIŞMA

Kalp yetersizliği, günümüzde hastaneye yatışların en önemli nedenidir. Yatış süresinin uzunluğu, karmaşık problemlere sahip hastalar olması nedeniyle hükümetler ve sigorta sistemleri için ekonomik olarak önemli bir yük oluşturmaktadırlar. Bu nedenle kalp yetersizliği yönetim ve eğitim programlarının oluşturulması büyük önem taşımaktadır (95). Kalp yetersizliği tanısı alan hastalar pek çok semptomlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu semptomların hemşire tarafından değerlendirilmesi ve uygun planlama yapılması önemlidir. Ülkemizde kalp yetersizliği semptom ve bulgularını değerlendirebilecek ölçek sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle kalp yetersizliğine yönelik semptom değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışma sonuçları tartışılmıştır.

5.1.1. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği 'nin Geçerlik Analizine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Geçerlik, bir ölçme aracının neyi ölçtüğü ve bu işi ne kadar iyi yaptığı anlamına gelmektedir. Aynı zamanda istenilen özelliği ölçme ve bu işi diğer özelliklerinin etkilerine kapalı kalarak yani onların etkilerini ölçümlere yansıtmadan yapma derecesidir. Bir başka deyişle testin, bireyin ölçülmek istenen özelliğini ne derece doğru ölçtüğünü belirten bir kavramdır. Bir ölçekle ilgili geçerlik çalışması ölçeğe dayanarak yapılacak çıkarımları destekleyen verilerin toplanma sürecidir ve yapılan çalışmaların bu süreçte ölçeğin kendisinin değil, ölçeğin özel kullanımlarına ait çıkarımların geçerliğini ortaya koyduğu daima göz önünde bulundurulmalıdır (94, 96). Bir ölçme aracının güvenilirlik ile birlikte önemli teknik özelliklerinden biri de geçerliğidir.

Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için dil, kapsam ve ölçüt geçerlik analizleri yapılmıştır. Yabancı dilden Türkçe'ye uyarlanan ölçeklerin uyarlama sürecinde ilk adım olarak MSAS-HF'nin yapı, kavram ve dil eşitliği sağlanmıştır. Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması yapıldıktan sonra ölçek dil uyarlamasındaki kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için "kör geri çeviri" yöntemi kullanılmıştır (80). Aksayan ve Gözüm (88) kültürler arası ölçek uyarlaması yapılırken çeviri sürecinde; çevirmen seçimi, çeviri tekniği ve geri çeviri gibi konulara çok dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Dil uyarlaması yapıldıktan sonra, kapsam geçerliğini belirlemek üzere psikolinguistik problemlerin olmaması için yedi uzmanın görüşüne sunulmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliği doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı (W_a) korelasyon testine göre uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($Kendall\ W_a=0.186, p=0.121$) saptanarak uzman görüşlerinin birbirleriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Ölçek uyarlamasında uzman görüşleri çok önemlidir. Çünkü böylece içerik yönünden ölçeklerin kültüre uygunluğu değerlendirilmektedir.

Ölçüt geçerliği, test puanlarının bir veya birkaç dış ölçütle ilişkisini inceler. Ölçüt geçerliği eşzaman geçerliği ve yordama geçerliği olarak ikiye ayrılmaktadır. Eşzaman ya da benzer ölçekler geçerliğinde ölçme aracı ile aynı şeyleri ölçen benzer araçların sonuçları arasındaki ilişkiye bakılır. Ölçme aracı ile benzer ölçme araçlarının sonuçlarının birbirine yakın olması ölçme aracının eşzaman geçerliğinin yüksek olduğu anlamına gelir (90). MSAS-HF'nin "Ölçüte Bağlı Geçerliği" ni değerlendirmek için

MSAS-HF'nin toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar ile kalp yetersizliği semptomlarının ciddiyetini ve fiziksel aktiviteyi temel alan NHYA işlevsel sınıflaması arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Kalp Yetersizliği prognozu hakkında ve işlevsel kapasiteyi değerlendirmede kullanılan NYHA sınıflandırması hastanın öyküsüne göre belirlenmektedir. Fiziksel aktivite kısıtlanmasına neden olan belirti derecelendirmesine dayanan bir yöntemdir. Belirti oluşana kadar hastaların yapabildikleri efor düzeyine göre Sınıf I'den IV'e kadar sıralanmaktadır. Semptomların ciddiyeti arttıkça sınıflama da artmaktadır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda MSAS-HF'nin toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar NYHA sınıflandırması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$). MSAS-HF total, fiziksel, psikolojik ve kalp yetersizliği alt boyut semptomlarının puanları NYHA Fonksiyonel Sınıflara göre incelendiğinde fonksiyonel sınıf II olan hastaların semptomlarının en hafif olduğu, bunu sırası ile fonksiyonel sınıf III ve sınıf IV olan hastaların izlediği ve sınıf derecesi arttıkça semptom yükünün arttığı belirlenmiştir. MSAS-HF'nin ölçüt geçerliğine sahip olduğu belirlenmiştir.

5.1.2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bir değerlendirme aracının kullanılabilmesi için mutlaka bulunması gereken bir özelliği güvenirliliktir. Güvenirlik, test puanının değişimindeki hata oranını belirler ve değerlendirme aracının üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir (97). Güvenirlik, değişik istatistiksel yöntemlerle hesaplanmış bir korelasyon katsayısı ile belirlenir ve sıfır ile bir arasında değişen değerler alır. Korelasyon katsayısı 1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu belirlenir (89, 91, 98).

Güvenirlik katsayısı olarak kabul edilen "r" değerleri test puanlarında yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklara, ne oranda şans ya da hata faktörüne bağlı olduğunu gösterir.

Ölçeğin güvenirlik analizinin sağlanması amacıyla iç tutarlık, madde analizi ve zamana göre değişmezliği belirlemek üzere test tekrar test istatistik yöntemleri uygulanmıştır.

İç Tutarlılık Analizi

Alfa katsayısı, toplam puanlar üzerinde kurulu likert tipi bir ölçeğin güvenirliliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılır. Bir aracın tüm alt bölümlerinin aynı özellikleri

ölçmesine iç güvenirligi sağlanmış ya da homojen denilmektedir. Birbiri ile yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin alfa katsayısı yüksek olur. Likert tipi bir ölçekte yeterli olabilecek alfa katsayısı, 1'e yakın olmalıdır (88, 92). MSAS-HF'nin güvenilirlik katsayı semptom sıklığı için Cronbach alfa değeri 0.772, semptom şiddeti için Cronbach alfa değeri 0.776, semptomun sıkıntı ya da rahatsızlığı için Cronbach alfa değeri 0.785 olarak saptanmıştır. MSAS HF'nin fiziksel, psikolojik ve kalp yetersizliği semptomları alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.533, 0.631, 0.552 olarak belirlenmiştir. Güvenirlik çalışması için 32 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 0.533-0.772 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Sonuçlara göre, çalışmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısının oldukça güvenilir olduğu gösterilmektedir. Ayrıca, Cronbach alfa katsayısına göre, maddelerin birbiri ile pozitif ilişki gösterdiği, birbiri ile tutarlı olduğu ve aynı özelliği sorgulayan maddelerden oluştuğu belirlenmiştir. MSAS-HF'nin geliştirildiği Zambroski ve arkadaşlarının (82) çalışmasında, ölçeğin totali ile fiziksel, psikolojik ve kalp yetersizliği semptomları alt boyutları için iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0.92, 0.83, 0.87, 0.73 bulunmuştur.

Test-Tekrar Test Güvenirligi

Test tekrar test güvenirligi, iki farklı zamanda aynı örneklem içinden rastgele seçilen belli sayıda bireye testin tekrar uygulanması ve her iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanarak güvenirliginin değerlendirilmesidir (92). Ölçümler arasındaki sürenin bellek etkisini kaldırarak kadar uzun, denek değişikliğine neden olmayacak kadar kısa, örneğin iki haftadan bir aya kadar bir süre şeklinde belirlenmesi önerilmektedir (92).

Çalışmamızda test tekrar test uygulaması 15 gün arayla aynı örneklem içinde 60 kalp yetersizliği hastasıyla yapılmış ve iki uygulamada katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalamaları 0.786 olarak bulunmuş, sonuçların literatürdeki çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu bulunmuştur (82).

Geçerlik güvenirlige yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin ülkemizde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın sonucunda, geçerliği değerlendirmek için, dil, kapsam ve ölçüt geçerliği analizleri yapılmış ve ölçeğin Türk kültüründe kullanımı için geçerli bir ölçek olduğu

saptanmıştır. Güvenirliği değerlendirmek için, iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliği analizleri yapılmış ve ölçeğin Türk kültüründe kullanımı için güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, bu ölçeğin kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda semptomların değerlendirilmesi için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda ölçeğin kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda semptomların değerlendirmesi amacıyla kullanılması, Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin farklı bölgelerde ve daha büyük örneklem gruplarına uygulanarak değişmezliğinin araştırılması önerilmektedir.

5. 2. KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTALARDA PLANLI HASTA EĞİTİMİNİN SEMPTOM YÖNETİMİNE, ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE SAĞLIK DAVRANIşLARINA ETKİSİNE İLİşKİN TARTIşMA

Kalp yetersizliğinin başarılı bir şekilde yönetimi için hastalar ve ailelerinin yaşam şekli değişikliğine uyumu gerekmektedir (7, 99). Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik, yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu yüzden önemli bir hedef olarak bu hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelten non-farmakolojik girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (99). Bu hedeflere ulaşabilmesinde; hemşireler eğitim, danışmanlık, bakım-tedavi uygulayıcı gibi rollerini kullanmaktadır (100). Bu amaç doğrultusunda planlanan bu çalışmada planlı hasta eğitiminin, kalp yetersizliği hastalarının semptom yönetimi, öz bakım gücü ve sağlık davranışlarına etkileri irdelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam şekli ile ilgili değişiklikleri içeren evde diyet uygulama, az tuzlu diyet uygulama, düzenli egzersiz yapma, yürüyüş yapma davranışları müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası verileri ile kontrol grubundaki hastaların ilk görüşme ve son görüşme verileri kullanılarak tartışılmıştır. Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası yaşam şekline yönelik analizleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise ilk görüşme ile son görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hastalıklardan korunmada, sağlığın sürdürülmesinde ve hastalık oluştuktan sonra komplikasyonların engellenmesinde sağlığı geliştirici davranışların

kullanılması temeldir (101). Pender'e (102) göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Elde edilen verilere göre, yaşam şekli davranışlarının olumlu yönde geliştirilmesi yönünde verilen eğitim ve danışmanlığın, hastalarda davranış değişikliği sağlamaya başladığı söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların BKİ, sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız hızı, açlık kan şekeri, sodyum, potasyum ve klor gibi metabolik kontrol değerleri müdahale grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası, kontrol grubunda ise ilk görüşme ile son görüşme verileri kullanılarak tartışılmıştır.

Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası beden kitle indeksi analizleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Aldana et al. (103) yaptığı çalışmada, deney grubundaki hastaların BKİ ortalamasının 28.5 ± 5.5 kg/m²; kontrol grubundakilerde ise 27.8 ± 3.6 kg/m² olduğu belirtilmiştir. Yapılan eğitimler sonucunda çalışmada deney grubunda ileri düzeyde anlamlı iyileşme olduğu görülmüş, kontrol grubunda ise herhangi bir iyileşme görülmemiştir.

Çalışmamızda hastalara verilen planlı hasta eğitimi sonucuna göre müdahale grubu hastalarında sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız hızı, açlık kan şekeri, sodyum ve potasyum ölçümlerinde eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastalara verilen tuz kısıtlamasına yönelik eğitim sonucu hastaların sodyum miktarları normal sınırlarda seyretmiştir. Sodyumdaki değişime bağlı hastaların kan basınçları da normal sınırlarda dengelenmiştir. Ayrıca sodyum düzeyine bağlı olarak hastalarda ödem oluşma miktarı da azalmıştır. Yurtdışında Son et al. (104) 232 hasta üzerinde yaptığı çalışmada eğitim ve danışmanlıkla verilen sodyum kısıtlaması sonucu hastaların kalp yetersizliği ile ilgili klinik sonuçları geliştirilmiş, kalp yetersizliği semptomlarından hissettikleri rahatsızlık düzeyleri azalmıştır. Taylor et al. (105) tuzun azaltılmasına ve davranış değişikliğine yönelik hazırladığı 7 sistematik çalışmanın incelendiği makalede, eğitim sonucu deney grubu hastalarında kontrol grubuna göre kan basıncı ve idrarla atılan sodyum miktarının düştüğü saptanmıştır. Sodyum ve su tutulumu kalp yetersizliği hastalarında, kardiyak debinin düşmesine bağlı gelişen nöroendokrin bir cevaptır. Bu durum kalp yetersizliği semptomlarının ilerlemesine neden olur. O yüzden semptomatik kalp yetersizliğinin

tedavisinde, özgül tavsiyeler olmamakla birlikte, diyetle sodyum kısıtlaması ve diüretikler kullanılmaktadır (31, 106).

5.2.1. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi

Müdahale grubunun eğitim öncesi görüşme ve kontrol grubunun ilk görüşme semptom yönetimi puanları benzer değerlerde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Müdahale grubunun eğitim öncesi görüşme ile eğitim sonrası görüşme kalp yetersizliği semptom yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüş olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise ilk görüşme ile son görüşme kalp yetersizliği semptom yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu araştırma ile planlı hasta eğitiminin, hastaların semptomlarının sıklık, şiddet ve rahatsızlık düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Buna göre “Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastalardaki kalp yetersizliği semptomlarının yönetimine olumlu etkisi vardır” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Knowles’ın (107) yetişkin öğrenme teorisine göre yetişkin eğitimi aktif ve dinamik bir süreçtir. Yetişkin, eğitim sürecinin içinde olmak ve deneyimlerini paylaşmak ister. Yetişkinler diğer insanlar tarafından kendi kendini yöneten kişi olarak algılanmaya büyük ihtiyaç duyarlar ve öğrenilmesini gerekli buldukları şeyleri öğrenmeye motive olurlar. Yetişkinler kriz döneminde veya geçiş döneminde anında yapılabilen uygulamaları öğrenmek isterler. Yetişkinler için öğrenme her gün yaşamda karşılaştıkları problemlerle başa çıkma yetisini kazanmak ve geliştirmek için gerekli bir süreçtir. Bu nedenle, karşılaştıkları problemleri çözebilmek için kendi kendine bakım yapabilme sürecine dahil olmaya istek duyarlar (107).

Bu çalışmada olduğu gibi yapılan çoğu çalışmada da eğitimin semptom yönetimi, öz bakım gücü, sağlık davranışları, yaşam kalitesi, hastaneye yeniden yatışların azaltılması ve maliyetin azaltılmasına yönelik olumlu etkileri saptanmıştır (108-111).

Çalışmamızda hasta eğitimine taburculuk öncesi başlanmış, taburculuk sonrası telefon ve ev ziyareti yoluyla evde bakım hizmetlerine yönelik girişimler uygulanmıştır. Hasta eğitimi ve evde sağlık bakımı sunumu ile kalp yetersizliği hastalarında yaşam şekli düzenlemeleri, diyet uygulamaları, aktivitelerin sürdürülmesi, ilaçların düzenli alımı, semptom kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, günlük kilo takibinin yapılması

sağlanmaktadır (7). Çalışmamızda hastanede başlanıp evde devam edilen eğitim ve evde bakım hizmetleri sonucu bireylerin öz bakım güçleri artmış, olumlu sağlık davranışları gelişmiş ve kalp yetersizliğine yönelik yaşanan semptomlar azalmıştır.

Delaney et al. (108) yarı deneysel, pretest-post test karşılaştırmalı 24 hasta üzerinde kalp yetersizliği eğitimine yönelik yaptıkları çalışmada müdahale grubunda yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre önemli derecede arttığı, semptomların azaldığı saptanmıştır. Müdahale grubunda hastaneye yatışların azaldığı saptanmış ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Müdahale grubunda öz bakım davranışlarının arttığı kalp yetersizliğinin kötüleşmediği saptanmıştır. Chaudhry et al. (109) randomize kontrollü olarak 20 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalar müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmışlardır. Müdahale grubuna günlük kilo ve semptom takibi yapmışlardır. Müdahale grubunda semptomlarda azalma, öz bakım, diyet ve ilaçlara uyumda gelişmeler olmuş, sosyal izolasyon azalmıştır. Blue et al. (110) randomize kontrollü olarak 165 hasta ile yaptıkları çalışmada, bir yıl hemşire tarafından taburculuk öncesi eğitim, taburculuk sonrası telefonla izleme ve ev ziyaretini kapsayan eğitim programı uygulanmış, kalp yetersizliği semptomları, mortalite, morbidite, hastaneye tekrar yatış ve acil servise gelme süresinde azalma, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinde artma saptanmıştır. Velez et al. (111) tarafından kalp yetersizliği yönetimiyle ilgili 32 sistematik incelemeyi içeren bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada kalp yetersizliği bakımını geliştirmek için 3 ay ile 1 yıl arasında değişen sürede uygulanan girişimlerin etkileri değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarında müdahale grubu hastalarında geleneksel bakım yapılan hastalara göre; hastaneye yeniden yatış sayısı ve süresi, semptomların sıklık, şiddet ve rahatsızlığı ve hastane maliyetini azalttığı, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (111).

Riegel et al. (112) çalışmasında belirtildiği gibi kalp yetersizliği hastalarında eğitim yoluyla kazanılan semptom yönetimi aktiviteleri; ilaçlarını düzenli kullanması, reçetesiz ilaç kullanmama, tuz ve sıvı kısıtlaması, beslenme, egzersiz ve bağışıklama gibi diğer koruyucu aktivitelere uyum sağlaması, hastalığın kötüye gittiğini gösteren belirti ve bulguları bilip ortaya çıkan belirti ve bulgulara uygun şekilde tedavi ve bakımda değişiklikler yapabilmesine ilişkin karar verme ve uygulama sürecidir. Semptomların tanınması, başarılı bir öz bakım yönetimi için anahtar olmakla beraber öz bakımın sürdürülmesinde ve semptomların yönetiminde hastanın hastalığı ile ilgili bilgisi,

becerisi, deneyimi, öz bakıma yüklediği anlam, değer ve kendine duyduğu güvende önemlidir.

Kalp yetersizliği olan hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonu azaltan, sayıları ve yoğunluğu fazla olan çeşitli semptomlar deneyimlemektedirler (82). Çalışmamızda müdahale grubu hastalarında eğitim öncesi en sık deneyimlenen semptomlar arasında hastaların %100'ünde solunum güçlüğü, halsizlik, ellerde/ayaklarda karıncalanma, uyku problemleri, %97.8'inde düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, gece solunum güçlüğü ile uyanma ve kol ve bacaklarda şişme, %88.9'unda ağız kuruluğu, %80'ninde kilo alma tespit edilmiştir. Hastaların dörtte üçünde kaygı, tedirginlik, endişelenme, sinirlilik gibi psikolojik problemler tespit edilmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde solunum güçlüğü, yorgunluk, ayak bileklerinde ödem, iştah problemleri ve konstipasyonun yaygın görülen semptomlar olduğu tespit edilmiştir (113). Zambroski et al. (82) çalışmalarında yüksek prevalanslı semptomları; solunum güçlüğü (%85.2), halsizlik (%84.9), ağız kuruluğu (%74.1), uyuşukluk/sersemlik (%67.9) ve uyumada güçlük (%64.2) olarak sıralamışlar, semptom prevalansı ve semptom yükünün kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesi üzerine büyük etkisinin olduğunu bulmuşlardır. Çalışma kapsamına alınan hastalardan müdahale grubunun eğitim öncesi ve kontrol grubunun ilk görüşme dispne ve yorgunluk ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), her iki grubun da dispne ve yorgunluk düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.19). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası dispne ve yorgunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüş olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise ilk görüşme ile son görüşme dispne ve yorgunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma sonuçlarımız ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir. Sarıtaş (114) kalp yetersizliği olan hastalarda egzersiz eğitimi öncesi ve sonrası hastaların dispne ve yorgunluk düzeylerini değerlendirmiş ve egzersiz eğitimi verilen hastaların dispne ve yorgunluk düzeylerinin azaldığını belirtmiştir. Efe'nin (115) kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilen eğitimin etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yaptığı çalışmasında da kalp yetersizliği olan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki kalp yetersizliği hastalarının MSAS-HF Ölçeği ön test-son test puan farkı ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye göre müdahale grubunda cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir-gider durumu, birlikte yaşama durumu, eğitim alma durumu, hastalık süresi, NYHA sınıflaması, hastaneye yatma durumu, hastaneye yatma sayısı, kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4. 21, $p>0.05$).

5.2.2. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Hastaların Öz Bakım Gücüne Etkisi

Müdahale grubunun eğitim öncesi ve kontrol grubunun ilk görüşme öz bakım gücü puanları benzer değerlerde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmadan elde edilen bu bulguların araştırmacı tarafından müdahale grubuna, hasta kabulünden itibaren uygulanan bakım girişimleri ve eğitimin, taburcu olduktan sonrada danışmanlık hizmeti biçiminde sürdürülmesinin bir sonucu olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlara göre “Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastaların öz bakım gücüne olumlu etkisi vardır” H_2 hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Orem'in Kavramsal Modeli'ne göre hemşirelik uygulaması, hastaları öz bakım kapasiteleri ile izleyen hemşirelerin özenli bir eylemidir. Orem'e göre hemşireliğin amacı; bireye kendi bireysel bakımını yapar hale gelinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa zamanda onun kendi bireysel bakımını üstlenmesini sağlamaktır. Bireylerin öz bakım başarısını etkileyen faktörler, onların öz bakım güçleridir (116). Bireyin öz bakım gücünü kullanabilmesi için, kendine dikkat etme, fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme, karar verirken öz bakım anlayışı içinde yargılama, güdülenme, öz bakım kararını verme ve uygulama, eylemlerini sıraya koyma, eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama özelliklerine sahip olması gereklidir. Birey bu özelliklere sahip olduğu takdirde öz bakım gücü yeterli olup gereksinimleri karşılayabilir, sağlığının sorumluluğunu alabilir, başkalarına da bağımlı kalmaz (117).

Yaşam kalitesi ile yakından ilişkisi olan öz bakım gücü, hemşireler tarafından yürütülen planlı eğitim ile yükseltilebilir. Burada dikkat edilmesi gereken önemli konulardan birisi, hemşirenin hastaların gereksinim duydukları konularda eğitimi planlamak ve eğitimin sürdürülebilirliğini sağlayıp, hastaları gözlemlemektir. Etkili bir hasta eğitimi, öz bakım gücünü artırmakla beraber, hastaların bağımsızlık duygularını da artırmaktadır (118). Çalışma sonuçlarımız yurtdışında yapılan kalp yetersizliği hastalarıyla ilgili eğitimin öz bakım gücünün geliştirilmesine yönelik çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Caldwell et al. (119) yaptığı, Gwadry-Shidhar et al. (120) yaptığı, Koelling et al. (121) ve Strömberg et al. (122) yaptığı eğitimin öz bakım gücüne etkisini inceleyen müdahale ve kontrol gruplarından oluşan çalışmalarında eğitimin öz bakım gücü üzerine müdahale gruplarında kontrol gruplarına göre önemli derecede olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Ülkemizde öz bakım ölçeği kullanılarak yapılan müdahale ve kontrol gruplu çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Sağıt'ın (123) kalp yetersizliği hastalarında yaptığı çalışmasında teleizlem yöntemiyle yapılan eğitimin öz bakım gücüne etkisine yönelik müdahale grubunda başlangıçtaki öz bakım gücü puan ortalaması ile üçüncü ve altıncı aydaki öz bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ülkemizde Öz Bakım Ölçeği kullanılarak yapılan Savaşan (124) ve Düzöz'ün (117) hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmaları bizim çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki kalp yetersizliği hastalarının Öz Bakım Ölçeği öntest-sontest puan farkı ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye göre kontrol grubunda kalp yetersizliği hastaların öz bakım ölçeği ön test-son test puan farkı ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye göre medeni durum, gelir-gider durumu ve NYHA sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların medeni durumlarına göre öz bakım gücü puanları incelendiğinde evli olanların bekâr olanlara göre daha yüksek öz bakım gücüne sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.20). Bu durumu evli bireylerin birbirlerini maddi ve manevi açıdan daha çok desteklemesine dayandırabiliriz.

Gelir gideri eşit olanların gelir gideri az olanlara göre öz bakım gücü puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.20). Gelir durumu iyi olan bireylerin maddi stresörlerinin olmaması, sağlık kurumlarına daha rahat gidebilmeleri, daha aktif bir sosyal yaşam

biçimi, gelir durumu düşük olan bireylerin ise yaşadıkları mali sorunların, hastalıklarına uyumlarını ve hastalıkları ile baş etme güçlerini, dolayısıyla öz bakım durumlarını etkilediği düşünülebilir.

Hastaların NYHA sınıflaması ile öz bakım gücü puanları arasındaki ilişkiye göre sınıf II olanların sınıf III ve IV olanlara göre öz bakım puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.20). Fonksiyonel sınıf arttıkça kalp yetersizliğinin ciddiyeti artmakta olup, fonksiyonel sınıfın artması öz bakım gücünü olumsuz etkilemektedir.

Müdahale grubunda ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir-gider durumu, birlikte yaşama durumu, meslek, eğitim alma durumu, hastalık süresi, NYHA sınıflaması, hastaneye yatma durumu, hastaneye yatma sayısı, kalp yetersizliğine eşlik eden hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.21). Sağıt'ın (123) çalışmasında da cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve NYHA sınıflaması ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

5.2.3. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Sağlık Davranışlarına Etkisi

Kalp yetersizliği hastalarında sağlık davranışlarının geliştirilebilmesi için hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi, egzersiz ve beslenme alışkanlıklarında davranış değişikliği başlatılması, hastaların değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalığa uyum sağlaması ve yaşam şeklinde değişiklikler yapması, hastanın planlanan bakıma aktif olarak katılımı ve işbirliği yapmasını gerektirmektedir. Hastaların kalp hastalığı, hastalık semptomları, ilaç kullanımı, ağırlık takibi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (125-127).

Çalışmada müdahale grubunun eğitim öncesi ve kontrol grubunun ilk görüşme kalp yetersizliği sağlık davranışları puanları benzer değerlerde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası kalp yetersizliği sağlık davranışları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ilk görüşme ile son görüşme kalp yetersizliği sağlık davranışları puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.19, $p>0.05$). Dolayısıyla “Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin, hastaların kalp yetersizliği sağlık davranışlarına olumlu etkisi vardır” H_3 hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Strömberg (122) yaptığı yedi sistematik araştırmada, ilaç ve diyet uyumu, egzersiz, aşılanma, seyahat ve genel öneri ile ilgili hemşirelik eğitiminin kalp yetersizliği sağlık davranışlarına etkisini incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hastaneye yeniden yatış ve sağlık maliyetleri azalmış, öz bakım davranışları gelişmiş, yaşam kalitesi artmıştır. Brotons et al. (128) kalp yetersizliği hastalarında mortalite ve hastaneye tekrar yatışları azaltıp azaltmadığı ve hastaların yaşam kalitesini geliştirip geliştirmedini incelemişlerdir. Çalışma sonunda girişim grubundaki hastaların hastalıkları konusunda aldıkları bilgiden ve sağlık profesyonellerinin ilgisinden kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak daha memnun oldukları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki kalp yetersizliği hastaların kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeği pretest-posttest puan farkı ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye göre müdahale grubunda eğitim sonrası sağlık davranışlarının yaş ve eğitim düzeyinden etkilendiği ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda müdahale grubu bireylerin yaş grupları ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 4. 21, $p < 0.05$). Özer’in (99) çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren sağlık davranışları açısından 59 yaş ve altı grupta yer alan hastaların sağlık davranışları puan ortalaması daha yeterli düzeydedir. Bu sonuç 59 yaş ve altı grupta yer alan hastaların daha genç hasta grubunda olmasından dolayı sağlıklarına daha fazla dikkat ettiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, Enç’in (84) ve Özer’in (99) çalışma sonuçlarına paralel olarak elde edilen diğer bir sonuca göre de; lise ve üzeri eğitim alanların ilköğretim mezunlarına göre sağlık davranışları puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi hastaların sağlık davranışlarını etkilemekte ve eğitim düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının yeterlilik düzeyi de artmaktadır (Tablo 4. 21, $p < 0.05$). Çalışmamıza paralel olarak Bakoğlu ve Yetkin’in (129) çalışmalarında da yüksekokul mezunlarının diğerlerine göre öz bakım gücü puan ortalamasının daha iyi olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın sonucunda:

- Müdahale grubunun eğitim sonrası ile kontrol grubunun son görüşme MSAS-HF ve alt boyut ölçek puan ortalamaları eğitim sonrası ve son görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.
- Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası MSAS-HF ve alt boyut ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ve semptomların sıklık, şiddet ve rahatsızlık boyutlarının azaldığı saptanmıştır.
- Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve öz bakım gücünün arttığı belirlenmiştir.
- Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve sağlık davranışlarının olumlu yönde geliştiği tespit edilmiştir.
- Müdahale grubunun eğitim öncesi ile eğitim sonrası Borg-Dispne ve Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu hastalarda dispne ve yorgunluk düzeyinin azaldığı saptanmıştır.
- Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kitle indeksi, sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız hızı, açlık kan şekeri, sodyum, potasyum değerleri ortalama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Kalp yetersizliği hastalarının taburculuk sonrası telefonla ve ev ziyareti yoluyla izlenmesi,
- Hastaların günlük tutma alışkanlıklarının geliştirilmesi,
- Hastalara hastalık, hastalığa bağlı oluşabilecek şikâyetler, ilaçların etki ve yan etkileri, düzenli aralıklarla nabız sayma, tansiyon ölçtürme, düzenli ağırlık kontrolünün önemi ve aşılama gibi konularda düzenli eğitim yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatr. Derg. 2004; 7: 111-119.
2. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2008: 22-26.
3. Phillips CO, Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure. JAMA 2004; 291: 1358-1367.
4. Karapolat H. Kronik yaşlı bakımında dikkat edilecek noktalar. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009; 55: 88-9.
5. Badır A. Kronik kalp yetersizliği, Kronik Hastalıklar ve Bakım, Durna Z (Editör) Nobel Kitabevleri, İstanbul 2012: 147-160.
6. Erkoç Y, Yardım N. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/belge/1-13328/> (Erişim tarihi:12.02.2013)
7. Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3: 119-127.
8. Özkan M, Bilgi C, Uzun M. Konjestif kalp yetmezliğinde kardiyak troponin t, CK-MB, Miyogloblin düzeyleri. Gülhane Tıp Dergisi 2002; 44: 405-408.
9. Aktoz M. Poliklinikte kalp yetersizliği hastası takibi ve tedavisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 27: 57-62.
10. Cankurtaran M, Arıoğlu S. Yaşlıda konjestif kalp yetersizliği tedavisi. Klin. Gelişim 2004; 17: 90-100.

11. Dağtekin M ve ark. Türkiye’de kalp yetersizliği prevalansı ve öngördücüleri: HAPPY çalışması, Türk Kardiyol Dern Arş 2012; 40: 298-308.
12. Brodie DA, Inoueb A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 489-500.
13. Barnason S, Zimmerman L, Young L. An integrative review of interventions promoting self-care of patient with heart failure. *J Clin Nurs* 2011; 21: 448-475.
14. Holmes NH. *Managing Chronic Disorders*, (2nd ed) New York, 2006: 382-387.
15. Gigliotti E. The value of nursing models in practice, *DEUHYO ED* 2008; 1:42-50.
16. Nyatanga L. Nursing and the philosophy of science. *Nurse Education Today* 2005; 25: 670-674.
17. Ekim A, Manav G, Ocakçı AF. Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: bir gözden geçirme, *DEUHYO ED* 2012; 5: 157-161.
18. Burns N and Grove SK. (Eds.) *Understanding theory and research frameworks*. In *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice*. Philadelphia, 2003:1-22.
19. Tandoğan M. *Kardiyoloji*, Cilt 7, Cin G (ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007: 34-40.
20. Hunt S. How to evaluate patients with symptom suggestive of heart failure, *Heart Failure, A Practical Approach to Treatment*. Abraham WT, Krum H. USA: McGraw-Hill Companies, 2007: 79-82.
21. Enar R. *Kanıtı Dayalı Kalp Yetersizliği Kitabı*, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2010: 41-45.
22. Enç N, Yiğit Z, Altıok M ve ark. *Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu*, Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 2007: 11-34.
23. İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği ve tedavisi, *Akad Geriatri* 2010; 2: 21- 32.
24. Hodges P. Heart failure epidemiologic update. *Crit Care Nurs Q*, 2009; 32: 24-32.
25. Kosiborod M, Krumholz MH. The epidemic of heart failure, *Heart Failure, A Practical Approach to Treatment*. Abraham WT, Krum H. USA: 2007: 9-17.
26. Edwardson SR. Patient education in heart failure, *Heart & Lung* 2007; 36: 244-252.

27. Arnold MK. Evolving concepts in the pathophysiology of heart failure, In: Heart Failure, 2nd ed. USA, 2010: p:1-5.
28. Okay T, Erdogan I. İç Hastalıkları, Kalp Yetersizliği. (Ed: Erol Ç.). Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, 2008: 2105-2109.
29. Koelling TM, Cody RJ. Sol Ventriküler Sistolik Disfonksiyona Bağlı Kalp Yetmezliği. Pratik Kardiyoloji, (Çev. Ed. Keleş M.) İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2007: 207.
30. Zoghi M. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması, Klin. Gelişim 2011; 24: 1-5.
31. ESC 2012, Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 Esc kılavuzu, Türk Kardiyol Dern Arş. 2012; Suppl. 3.
32. Kahraman G, Ural D. Klinik Kardiyoloji, Kalp Yetersizliği ve Şok Sendromu. Komşuoğlu B (ed), Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2004: 377-410.
33. İlerigelen B. Kalp yetersizliği tanısında güncel yaklaşımlar, Türkiye Klinikleri J. Med. Sci. 2000; 13: 12-21.
34. Kepezli A, Kabakçı G. Kalp yetersizliği tedavisi, Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35: 69-81.
35. Yüksel H. Yaşlıda kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisi, Klin. Gelişim 2012; 25: 41-45.
36. Aydın A, Yuvaç U, Cordan J. Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde güncel yaklaşımlar: nöroendokrin ve immün yanıtın baskılanması, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 28 :115-120.
37. Enç N, Öz Alkan H. Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı, J Card Nur. 2012; 1: 17-26.
38. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008, Eur J Heart Fail 2008;10:933-989.
39. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, et al. ACC/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in the adult: a report of the american collage of cardiology foundation/ american heart association task force on practice guidelines. Circulation 2009; 119:1977-2016.
40. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, et al. Development and testing of the european heart failure self-care behaviour scale. Eur J Heart Fail 2003; 5: 363-70.
41. Pattenden JF, Roberts H, Lewin RJP. Living with heart failure; patient and carer perspectives, Eur J Cardiovascular Nurs 2007; 6: 273-279.

42. Strömberg A. Educating nurses and patients to manage heart failure, *Eur J Cardiovascular Nurs* 2002; 33-40.
43. Heper C, Konjestif Kalp Yetersizliği. *Multidisipliner Kardiyoloji*, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul 2004:117-123.
44. Fox SW, Lyon DE. Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33: 931-6.
45. Grange J. The role of nurses in the management of heart failure. *Heart* 2005; 91: 39-42.
46. Douglas LM. *Heart Failure*, (2 nd ed), USA, 2010: 163-180.
47. Lee TH. Practice guides for heart failure management, Dec GW, *Heart Failure, A Comprehensive Guide to Diagnosis and Treatment*, New York, USA, 2005: 449-450.
48. Çalık N. *Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı*. (Ed: Yavuz B, Aytemir K.) 2. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007:101-118.
49. Erol Ç. *İç Hastalıkları*. MN Medical & Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2008: 1875-1939.
50. Enar R. *Temel Kardiyoloji, Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007: 25-75.
51. Büyüköztürk K, Erzenin F. *Kalp Yetersizliği. İç Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2007: 1751-1791.
52. Angelidou D. *Caring for the Heart Failure Patient: Contemporary Nursing Interventions*, *Hospital Chronicles* 2010: Supplement:1-8.
53. Akbayrak N, Erkal S, Ançel G. *Hemşirelik Bakım Planları, Dâhiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut*, Alter Yayıncılık, Ankara 2007: 255-267.
54. Gök H, *Kalp Yetersizliği, Klinik Kardiyoloji, Genişletilmiş İkinci Baskı*, Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd.Şti, İstanbul 2002: 399-425.
55. Guyton AC, Hall JE. *Tıbbi Fizyoloji (1.Baskı)*, Çavuşoğlu H. ve Yeğen BÇ, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2001: 235-241.
56. Eagle Kİ, Baliga RR. *Genel Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi ve Tedavisi*. İ. Keleş (Ed) *Pratik Kardiyoloji*, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul 2007: 158-160.
57. Dursunoğlu D, Dursunoğlu N. Cardiovascular diseases in obstructive sleep apnea. *Tuberk Toraks* 2006; 54: 382-96.

58. Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4:16-20.
59. Veliöğlü P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Atlas Ofset Matbası. İstanbul, 1999: 323-350.
60. Alligood MR. Philosophies, Models, and Theories: Critical Thinking Structures. In Nursing Theory: Utilization & Application. M. R. Alligood, A. M. Tomey (Eds), (3rd ed) New York: Mosby Elsevier, 2006: 43-61.
61. Ersin F, Bahar Z. Sağlık geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. DEUHYO ED, 2012; 5: 28-38.
62. Avdal EÜ, Kızılcı S. Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisi'nin kavram analizi. DEUHYO ED 2010; 3: 164-168.
63. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, Second Edition, Philadelphia, 2005:27.
64. Figen PS, Mete S. Uyum modeli ve sosyal bilişsel öğrenme kuramı'nın doğum öncesi eğitimde kullanımı. DEUHYO ED 2009; 1: 57-68.
65. Spear HJ. Nursing theory and knowledge development, Advances in Nursing Science 2007; 30: 1-14.
66. Rodgers BL. Understanding Nursing Knowledge. In Developing Nursing Knowledge: Philosophical Traditions and Influences. (1nd ed) Kors E. (Eds.) Philadelphia 2005:1-15.
67. Watson J. (Ed.) Context for Theory Development. In Nursing: Human Science and Human Care. (2nd ed) Jones and Barlett Publishers, New York, 2007: 1-12.
68. Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 9, 6-14.
69. Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Genişletilmiş 5. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık, 2005: 73-75.
70. Ay FA ve ark. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (4. baskı), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2012: 30-40.
71. Orem D. Nursing Concepts in Practice (6th ed.). St. Louis: Mosby. 2001: 254-265
72. Hartweg DL. Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing, Nursing Science Quarterly 1990; 15: 35-41.

73. Taylor S, Renpenning E, Geden E, et al. A Corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 2001; 14: 39-47.
74. Fitzpatrick JJ, Whall AL, *Conceptual models of nursing. Analysis and Application*. Fourth Edition. New Jersey; 2005: 104-145.
75. Samancıoğlu S, Özel F, Esen A. Orem'in öz bakım teorisine göre sistemik lupus eritematozuslu hastanın bakımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5: 15.
76. Taylor S, Renpenning K, *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence- Based Practice*. (1st Ed.). New York: Springer Publishing Company. 2011: 108-114.
77. Allen LA, Hernandez AF, Peterson ED, et al. Discharge to a skilled nursing facility and subsequent clinical outcomes among older patients hospitalized for heart failure. *Circulation Heart Failure* 2011; 4: 293-300.
78. Bostan C, Küçükoğlu MS, Sağ kalp yetersizliği. *Klin. Gelişim* 2011; 24: 26-29
79. Kaya N, Terzi B, Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 1:21-5.
80. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlik* (1.Baskı), Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005: 363.
81. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The memorial symptom assessment scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*, 1994; 9: 1326-1336.
82. Zambroskia CH, Moserb DK, Bhatc G, et al. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 4: 198 - 206.
83. Nahcivan N. *Sağlıklı Gençlerde Öz-Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1993.
84. Enç N. *Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Doçentlik Çalışması, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 1998.
85. Karla R. Usefulness of the modified 0-10 Borgs scale in assessing the degree of dispnea patient with copd and asthma. *Journal of Emergency Nursing* 2000; 26: 216-222.
86. Charnock D. *The Discern Handbook, Quality Criteria for Consumer Health Information on Treatment Choices*, 1998: 1-53.

87. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30: 211-216.
88. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5: 1-25.
89. Baydur H, Eser E. Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlemesi, Sağlıkta Birikim 2006; 1: 99-123.
90. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Pegem Yayıncılık Ankara, 2003: 163.
91. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: İ Erefe (Ed), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak ofset, Ankara, 2002: 171-187.
92. Alpar R. Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Performans Testlerinde Geçerlik ve Güvenirlik (3. Basım) Ankara, 2006: 269-291.
93. Yılmaz MB, Orhan F. Ders çalışma yaklaşımı ölçeği'nin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Eğitim ve Bilim 2011; 36 (159): 70-83.
94. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi (4. Baskı). Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2010:3-58.
95. Demircan Ş. The management of patients with heart failure, Tıpmad. 2012; 16: 1-12.
96. Balcı A, Sosyal Birimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler, (8. Baskı), Pegem Akademi, Ankara, 2010: 105-143.
97. Aydemir Ö. Değerlendirme Araçlarının Psikometrik Özellikleri, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, İstanbul, 2004: 7-9.
98. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım (9. Basım), Ankara, 2000: 116-129.
99. 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.
100. Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve depresyon, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2005; 55-60.
101. Riegel B, Dickson V. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovascular Nurs 2008; 23: 190-196.

102. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, et al. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 1992; 40: 106-112.
103. Aldana SG, Whitmer WR, Greelaw R, et al. Cardiovascular risk educations associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart Lung* 2003; 32: 374-82.
104. Son Y.J, Lee Y, and Song EK. Adherence to a sodium-restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart failure. *J Clin Nurs* 2011; 20: 3029-3038.
105. Taylor R S, Ashton K. E, Moxham T et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials *Cochrane Review*, *American Journal of Hypertension*, 2011; 24: 843-853.
106. Cowan JC, Mclenachan JM, Julian DG. (Eds), *Cardiology. Kardiyoloji*. 8th ed, Çerviren: Yavuz B, Aytemir K, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008: 135-150.
107. Knowles M. *Androgogy in action: applying moden principles of adult learning*. *Canadian Journal of Communication*, 1986; 12: 77-80.
108. Delaney C, Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure. *J Cardiovascular Nurs* 2010; 25: 27-40.
109. Chaudhry S, Barton B, Mattera J, et al. Randomized trial of telemonitoring to improve heart failure outcomes (Tele-HF): Study Design. *Journal of Cardiac Failure* 2007; 13: 709-714.
110. Blue L, Lang E, McMurray JJ, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001; 323: 715-718.
111. Velez M et al. Why it pays for hospitals to initiate a heart failure disease management program, *DIS Manage Health Outcomes* 2008; 16: 155-173.
112. Riegel B, Moser DK, Anker SD, et al. State of the science: promoting selfcare in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009; 120: 1141-1163.
113. Gallagher R. Symptom patterns, duration and responses in newly diagnosed patients with heart failure, *Int J Nurs Pract* 2012; 18: 133-139
114. Sarıtaş Ç. Kalp yetersizliğinde egzersiz eğitiminin yorgunluk üzerine etkileri. *Kalp Yetersizliği Bülteni*, 2008; 7: 127-132.

115. Efe F. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşirelik eğitiminin etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Dergisi, 2011; 2: 1-13.
116. Yeşilbakan UÖ, Akyol Durmaz A, Çetinkaya Y. ve ark. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 21: 13-31.
117. Düzöz GT. Hipertansiyonlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu 2005; Mart-Nisan: 22-6.
118. Kaya H, Acaroğlu R. Omurilik yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık- bağımsızlık ve öz-bakım üzerine etkisi, Türk Nöroşirürji Dergisi 2005; 15: 56-68.
119. Caldwell MA, Peters KJ, Dracup KA. Simplified education program improves knowledge, self-care behavior and disease severity in heart failure patients in rural settings. American Heart Journal 2005; 150: 983-983.
120. Gwadry-Sridhar FH, Arnold JM, Zhang Y, et al. Study to determine the impact of a multidisciplinary educational intervention in patients hospitalized with heart failure. American Heart Journal 2005; 150: 982-982.
121. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, et al. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. Circulation 2005; 111: 179-185.
122. Strömberg A. 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 Education and Counseling 2006; 64: 128-135.
123. Sağıt B. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2010: 234.
124. Savaşan A. Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve öz-bakım gücü ilişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2009; 1: 13-17.
125. While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. British Journal of Community Nursing 2009; 14: 54-59.
126. Britz JA. Self-care and quality of life among patients with heart failure, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2010; 22: 480-487.

127. Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012; 1: 33-38.
128. Brotons C, Falces C, Alegre J, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a home-based intervention in patients with heart failure: Study Rev Esp Cardiol 2009; 62: 400-408.
129. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4: 41-49.

EKLER

Ek 1a. Hasta Bilgi Formu (Metodolojik Bölüm)

BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ			
1. Hastane / Kurum:			
1. Tıp Fakültesi Hast. () 2. Eğitim ve Araştırma Hast. () 3. Atatürk Devlet Hast. ()			
2. Yaşınız:			
3. Cinsiyetiniz:			
a. Kadın ()	b. Erkek ()		
4. Medeni Durumunuz:			
a. Bekar ()	b. Evli ()		
5. Eğitim Durumunuz:			
a. İlköğretim ()	b. Lise ve Üzeri ()		
6. Çalışma Durumunuz:			
a. Çalışıyor ()	b. Çalışmıyor ()		
7. Mesleğiniz:			
a. Ev Hanımı ()	b. İşçi ()	c. Memur ()	d. Esnaf / Serbest Meslek ()
8. Sosyal Güvenceniz:			
a. Var ()	b. Yok ()		
9. Gelir / Gider Durumunuz:			
a. Gelir Gidere Eşit ()	b. Gelir Giderden Az ()	c. Gelir Giderden Fazla ()	
10. Birlikte Yaşadığınız Bireyler:			
a. Yalnız ()	b. Aile Bireyleriyle Birlikte ()		
HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER			
11. NYHA Sınıflandırması:			
a. NYHA II	b. NYHA III	c. NYHA IV	
12. Ejeksiyon Fraksiyonu (EF):			
13. Tanı Süreniz:			
14. Genel Sağlık Durumu Algımanız:			
a. Çok İyi ()	b. İyi ()	c. Orta ()	d. Az ()
15. İlaçları Düzenli Kullanma Durumunuz:			
a. Nadiren ()	b. Bazen ()	c. Çoğu Zaman ()	d. Her Zaman ()
16. Diyet Verilme Durumunuz:			
a. Evet ()	b. Hayır ()		
17. Egzersiz Yapma Durumunuz:			
a. Evet ()	b. Hayır ()		
18. Dispne Şikâyeti İle Hastaneye Başvurma Durumunuz:			
a. Evet ()	b. Hayır ()		
19. Ödem Şikâyeti İle Hastaneye Başvurma Durumunuz:			
a. Evet ()	b. Hayır ()		
20. Göğüs Ağrısı Şikâyeti İle Hastaneye Başvurma Durumunuz:			
21. Yorgunluk Şikâyeti İle Hastaneye Başvurma Durumunuz:			
a. Evet ()	b. Hayır ()		
22. Yorgunluk Şikâyeti İle Hastaneye Başvurma Durumunuz:			
a. Evet ()	b. Hayır ()		

Ek 1b. Hasta Bilgi Formu (Deneysel Bölüm)

BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ		
1. Cinsiyetiniz:	a. Kadın ()	b. Erkek ()
2. Yaşınız:		
3. Yaş Grubunuz:	a. 59 ve Altı ()	b. 60 - 69 () c. 70 ve Üstü ()
4. Eğitim Durumunuz:	a. İlköğretim ()	b. Lise ve Üzeri ()
5. Medeni Durumunuz:	a. Bekâr ()	b. Evli ()
6. Çalışma Durumunuz:	a. Çalışıyor ()	b. Çalışmıyor ()
7. Mesleğiniz:	a. Ev Hanımı () b. İşçi ()	c. Memur () d. Esnaf / Serbest Meslek ()
8. Sosyal Güvenceniz:	a. Var ()	b. Yok ()
9. Gelir / Gider Durumunuz:		
a. Gelir Gidere Eşit ()	b. Gelir Giderden Az ()	c. Gelir Giderden Fazla ()
10. Birlikte Yaşadığınız Bireyler:	a. Yalnız ()	b. Aile Bireyleriyle Birlikte ()
HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER		
11. Hastalık Süreniz:	a. 0 - 4 Yıl ()	b. 5 - 9 Yıl () c. 10 Yıl ve Üzeri ()
12. NYHA Sınıflandırması:		
a. NYHA II	b. NYHA III	c. NYHA IV
13. Ejeksiyon Fraksiyonu (EF):		
14. Son Bir Yıl İçerisinde Kalp Hastalığı Nedeni İle Hastaneye Yatma Durumunuz:		
a. Evet ()	b. Hayır ()	
15. Son Bir Yıl İçerisinde Kalp Hastalığı Nedeni İle Hastaneye Yatma Sayınız:		
a. 0 - 2 Kez ()	b. 3 - 5 Kez ()	c. 6 ve Üzeri ()
16. Sigara İçme Durumunuz:	a. Kullanıyorum ()	b. Bıraktım () c. Hiç Kullanmadım ()
17. Alkol Kullanma Durumunuz:	a. Kullanıyorum ()	b. Bıraktım () c. Hiç Kullanmadım ()
18. Kalp Yetersizliğine Eşlik Eden Hastalığınız:	a. Var ()	b. Yok ()
19. Kalp Yetersizliği İle İlgili Eğitim Alma Durumunuz:	a. Evet ()	b. Hayır ()
20. Eğitimi Kimden Aldınız:	a. Hekim ()	b. Hemşire () c. Diğer ()
21. Eşlik Eden Hastalığınız:		
a. KAH ()	b. HT ()	c. DM () d. Kapak Hastalığı () e. Diğer ()
22. Kullandığınız İlaçlar:		
a. Diüretik ()	b. ACE İnhibitörü ()	c. ARB () d. Beta Bloker ()
e. Digoksin ()	f. Antidiyabetik ()	g. Antihipertansif () h. Antikoagulan ()
i. Beta Bloker ()	j. Diğer İlaç ()	
23. Hastaneye En Sık Başvurduğunuz Semptom:		
a. Dispne ()	b. Ödem ()	c. Göğüs Ağrısı () d. Yorgunluk () e. Uykusuzluk ()
24. Diyet Verilme Durumunuz:	a. Evet ()	b. Hayır ()
25. Evde Diyet Uygulama Durumunuz:	a. Evet ()	b. Hayır ()
26. Az Tuzlu - Tuzsuz Diyet Yapma Durumunuz:	a. Evet ()	b. Hayır ()
27. Düzenli Egzersiz Yapma Durumunuz:	a. Evet ()	b. Hayır ()
28. Yürüyüş Yapma Durumunuz:	a. Evet ()	b. Hayır ()
29. Ödemli Olma Durumunuz:	a. Evet ()	b. Hayır ()
30. Beden Kitle İndeksiniz:..... kg/m²		
31. Kan Basıncı Değeriniz:.....mmHg		
32. Nabız Hızınız:.....atım/dk		
33. Açlık Kan Şekeri Değeriniz:..... mg/dl		
34. Sodyum Değeriniz:..... mEq/L		
35. Potasyum Değeriniz:..... mEq/L		
36. Klor Değeriniz:..... mEq/L		

Ek 2. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Formu

MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ -KALP YETERSİZLİĞİ														
İSİM/NUMARA										TARİH:				
BÖLÜM 1:														
Geçen hafta boyunca; Aşağıdaki semptomlardan herhangi birisiyle karşılaştınız mı?	KARŞILAŞMADIM	Cevabınız evet ise; ne kadar sıklıkla karşılaştınız?				Cevabınız evet ise; ne kadar şiddetliydi?				Cevabınız evet ise; size ne kadar sıkıntı verdi veya sizi ne kadar rahatsız etti?				
		Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
Konsantrasyon güçlüğü		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Göğüs ağrısı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Göğüs ağrısı dışında herhangi bir başka ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kayıp/ Tedirginlik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mide bulantısı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyku/ Sersemlik hali		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ellerde /ayaklarda karıncalanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyku güçlüğü/Uykusuzluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar problemi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Çarpıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Halsizlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Gece solunum güçlüğü ile uyanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Solunum güçlüğü/yetmezliği		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Üzgün/ Üzüntülü hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel ilgi veya cinsel ilişki problemi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Aşırı alınganlık/Sinirlilik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Bölüm 2. Açıklamalar (Yönergeler)

Aşağıda 6 çeşit semptom verilmiştir. Her birini dikkatlice okuyunuz. Eğer geçen hafta boyunca semptomlardan biriyle karşılaştıysanız ne kadar şiddetli olduğunu ve sizi ne kadar rahatsız ettiğini veya size ne kadar sıkıntı verdiğini uygun rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Eğer herhangi bir semptomla karşılaşmadıysanız “karşılaşmadım” seçeneğinin yanında yer alan kutucuğa çarpı işareti(X) koyunuz.

Geçen hafta boyunca bu bulgulardan her hangi birisine sahip miydiniz?	KARŞILAŞMADIM	Cevabınız evet ise; ne kadar şiddetliydi?				Cevabınız evet ise; size ne kadar sıkıntı verdi veya sizi ne kadar rahatsız etti?				
		Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
Tat duyusunda değişiklik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağırlık kaybı		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kol veya bacaklarda şişme		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağırlık kazanımı		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü		1	2	3	4	0	1	2	3	4

Ek 3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısına (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İFADELER	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor.	Fikrim Yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2.Kendimi beğeniyorum.					
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.					
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.					
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14.Sağlığım dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.					

20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakırım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yasam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

Ek 4. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği

SORULAR	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.Hastalığım hakkında bilgim var.				
2. Beslenmemde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.				
3.Yorgunluk veya solunum zorluđuna yol ačan hareketlerden kaçınırım.				
4.Hastalığıma bağlı hangi şikâyetlerim olabileceğini bilirim.				
5.İlaçlarımın etkisini ve yan etkisini bilirim.				
6.Bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri kullanmam.				
7.Nabzımı sayarım ve ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Acil durumlarda kullanılmak üzere bana ait adres, tlf. ve teşhisimi bildiren kartı yanımda taşırım.				
9. İlaçlar bana zarar verdiği zaman doktora giderim.				
10. Hava aşırı nemli ve sıcaksa aşırı hareket etmekten kaçırım.				
11. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
12. Sıvı alımına dikkat ederim.				
13. Düzenli tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
14. Soğuk algınlığı ve gripten kendimi korurum.				
15. Sıvı yağ kullanılmış besinleri yerim.				
16. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
17. Düzenli kilo kontrolümü yaparım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
18. Yemekleri az ve sık yerim.				
19. Doktor kontrollerine düzenli giderim.				
20. Gece yatmadan önce ağır yemek yemem.				
21. İlaçlarımı düzenli kullanırım.				
22. Sebze ve meyve gibi besinleri yerim.				
23. Hastalığımla ilgili sıkıntım olduğunda hastaneye giderim.				
24. Grip ve zatürre aşılarını düzenli olarak yaptırım.				

Ek 5. Dispne ve Yorgunluk Borg Skalası

Lütfen aşağıdaki adımları kullanarak nefes darlığı seviyenizi derecelendiriniz.

0	Hiç Nefes Darlığı Yok
0.5	Çok Çok Hafif Nefes Darlığı
1	Çok Hafif Nefes Darlığı
2	Hafif Derecede Nefes Darlığı
3	Orta Derecede Nefes Darlığı
4	Belli belirsiz Şiddette Nefes Darlığı
5	Ciddi Nefes Darlığı
6	
7	Çok Şiddetli Nefes Darlığı
8	
9	
10	Çok, Çok Şiddetli Nefes Darlığı (Maksimum Şiddette)

Lütfen aşağıdaki adımları kullanarak yorgunluk seviyenizi derecelendiriniz.

0	Hiç Yorgunluk Yok
0.5	Oldukça Düşük Oranda Yorgunluk
1	Çok Düşük Oranda Yorgunluk
2	Düşük Oranda Yorgunluk
3	Orta Derecede Yorgunluk
4	Belli Belirsiz Derecede Yorgunluk
5	Ciddi Yorgunluk
6	
7	Çok Ciddi Yorgunluk
8	
9	
10	Aşırı Derecede Yoğun Yorgunluk (Hemen Hemen Maksimum Seviyede)

Metodolojik Bölüm İçin Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek 6a - Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı, ben Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisiyim. Kalp yetersizliği hastalarının rahatsızlıklarının azaltılması yönelik bir tez çalışması hazırlıyorum. Bu çalışma, kalp yetersizliği hastalarında hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisini değerlendirmek için ölçek geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplayacağı soru formları hazırladım. Çalışmada bu formların kullanılmasındaki amaç Türk toplumu için Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin (MSAS-HF) geçerlik güvenirlik çalışmasını değerlendirmektir. Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler sağlık personeline, özellikle de hemşirelere hasta bakımında rehber oluşturması, hastalara kalp yetmezliği rahatsızlıklarını daha kolay yönetmesi açısından yarar sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Şengül AKDENİZ

Erciyes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği

Ben, araştırmacı..... tarafından sunulan yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih :/...../.....

Hasta adı Soyadı:

İmza

Kontrol Grubu İçin Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu
Ek 6b- Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı, ben Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisiyim. Kalp yetersizliği hastalarının rahatsızlıklarının azaltılması yönelik bir tez çalışması hazırlıyorum. Bu alışma, kalp yetersizliği hastalarında hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplayacağı soru formları hazırladım. Çalışmada bu formların kullanılmasındaki amaç, kalp yetersizliği semptomları yönetiminize verilen eğitimin etkisinin belirlenmesidir.

Eğer bu çalışmaya katkıda bulunmak isterseniz size, ilk görüşmemizde kişisel bilgileriniz ve semptom ynetiminizi değerlendirebilmek için kısa ve çabuk uygulanabilir olarak geliştirilmiş formlar sunulacaktır. Bu soru formlarını okuyup, size en uygun gelen cevapları işaretlemeniz istenecektir. 12 hafta sonra size ev ziyareti yapılıp, soru formları uygulanacak ve son değerlendirme yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

şengül AKDENİZ

Erciyes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği

Ben, araştırmacı..... tarafından sunulan yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih :/...../.....

Hasta adı Soyadı:

İmza

Müdahale Grubu İçin Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu
Ek 6c- Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı, ben Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisiyim. Kalp yetersizliği hastalarının rahatsızlıklarının azaltılması yönelik bir tez çalışması hazırlıyorum. Bu çalışma, kalp yetersizliği hastalarında hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplayacağı soru formları hazırladım. Çalışmada bu formların kullanılmasındaki amaç, kalp yetersizliği semptomları yönetiminize verilen eğitimin etkisinin belirlenmesidir. Sizinle ilk görüşmemizden sonra 4. ve 8. haftalarda hastanede düzenleyeceğimiz toplantıyla sizlere semptom yönetimiyle ilgili eğitim tekrarlanacak, toplantıya katılamayan hastalara ev ziyareti yoluyla eğitim tekrarlanacak, ayrıca telefonla da gerektiğinde eğitim desteği verilecektir. İlk değerlendirmeden 12 hafta sonra size ev ziyareti yapıp, soru formları uygulanacak ve son değerlendirme yapılacaktır. İstedığınız zaman araştırmacıya sorularınızı sorabilmek için iletişim sağlayabileceksiniz. Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler sağlık personeline, özellikle hemşirelere rehber oluşturması, hastalara kalp yetmezliği rahatsızlıklarını daha kolay yönetmesi açısından yarar sağlayacaktır. Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Şengül AKDENİZ

Erciyes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği

Ben, araştırmacı..... tarafından sunulan yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih :/...../.....

Hasta adı Soyadı:

İmza

Ek.7 Eğitim Kitapçığı

**KALP YETERSİZLİĞİ İLE YAŞAM
HASTA REHBERİ**



Şengül AKDENİZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kalp Yetersizliğinin Yönetim Rehberi	4
Kalbin Yapısı ve Görevleri	4
Kalp Yetersizliğinin Tanımı	4
Kalp Yetersizliğinin Nedenleri	5
Kalp Yetersizliği Tanınmaz Nasıl Belirlenir	5
Kalp Yetersizliği Semptomlarının Tanınması ve Semptomların Azaltılması İçin Öneriler	6
Nefes Darlığı	7
Öksürük	7
Ayak, Ayak Bileği, Bacak ya da Karında Şişme	8
Yorgunluk	9
Uykusuzluk	10
İştahsızlık	10
Ağırlık Kaybı	11
Kabızlık	11
İshal	11
Ağız Kuruluğu	12
Tat Duyusunda Değişiklik	12
Bulantı –Kusma	12
Ağrı	12
Çarpıntı	13
Terleme	13
Baş Dönmesi	13
Kaşıntı	13
Ellerde / Ayaklarda Karıncalanma	14
Psikolojik Sorunlar	14

Kalp Yetersizliğinde Yaşam Şekli Değişiklikleri	15
Tuz Kullanımının Azaltılması	15
Günlük Sıvı Alımının Düzenlenmesi	17
İdeal Ağırlığınızın Korunması	17
Sağlıklı Beslenme	18
Alkol Tüketimini Bırakmak ya da Azaltmak	18
Sigarayı Bırakmak	19
Düzenli Egzersiz Yapmak	19
Vücudunuzu Dinlemek	19
Genel Hastalık ya da Yorgunlukta Egzersiz	20
Egzersiz ve Yemek	20
Egzersiz ve Hava Koşulları	20
Isınma ve Soğuma Hareketleri	20
Yürüme	20
Bisiklete Binme	20
Kol Egzersizi	20
Yüzme	20
Vücut Pozisyonu	21
Seyahat Etmek	21
Cinsel Yaşam ve Kalp Yetersizliği	21
Aşılınmak	21
Kalp Yetersizliğinizin İlaç Tedavisi	22
Hastalığınızın İlerlememesi İçin Uymanız	
Gereken Genel Öneriler	24
Ekler	28
Kaynaklar	31
Kalp Yetersizliğinin Yönetim Rehberi	

Bu kitapçıkta yaşam kalitenizi artırabilmeniz için bilmeniz gereken kalp yetersizliği hastalığınız ile ilgili konular tek tek ele alınarak açıklanmıştır.

Kalbin Yapısı ve Görevleri

Kalp, iki akciğer arasında, göğüs boşluğunun ön bölümünde, diyaframın üstünde, göğüs kemiğinin arkasında yer alır. Kalp üstte bulunan iki kulakçık (atrium), altta bulunan iki karıncık (ventrikül) olmak üzere 4 odacıktan oluşur. Kalp ortasından geçen bir zar aracılığıyla sağ ve sol olmak üzere ikiye ayrılır. Kas dokusundan oluşan kalbin temel görevi kanı vücuda pompalamaktır. Kalbimiz düzenli kasılıp gevşeyerek iki yönlü pompa görevi görür. Sağ taraf kirli kanın temizlenmesi (oksijenlenmesi) için akciğerlere gönderir. Sol taraf ise akciğerlerden gelen oksijenlenmiş kanı tüm vücuda pompalar. Bu işlemi yetişkin bir insanda dakikada 60-100 arasında düzenli olarak yapar.



Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği kalbin, vücudun ihtiyacı olan kanı yeterince pompalayamama durumudur. Kanınız vücudunuzun çalışması için gerekli olan oksijen ve besinleri içerir. Kalbiniz yeterince pompalama yapamazsa vücudunuza özellikle egzersiz ve bazı aktiviteler sırasında ihtiyaç olan gerekli oksijen sağlanamaz. Zamanla kalp kası zayıflar ve güçlü kasılamaz. Kalp yetersizliği hastaları normalde rahat yaptığı merdiven çıkma, banyo yapma gibi günlük işlerini yaparken zorlanır.



Hastaların çoğunda kalp yetersizliği tam olarak tedavi edilemez ama hastalığın belirtileri kontrol altına alınabilir.

Sık tekrarlayan hastane yatışları azaltılabilir. Rahatsızlığınızı iyi bir şekilde kontrol ederek ve sağlık bakımı ekibinizle ortaklaşa çalışarak daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilirsiniz.

Kalp Yetersizliğinin Nedenleri

Kalp yetersizliği kalp kası hasarına bağlı olarak gelişir. Kalp hasarını oluşturan çeşitli durumlar vardır. Bunlar;

- Yüksek kan basıncı
- Ritim bozuklukları
- Göğüs ağrısı ya da kalp krizi
- Kansızlık
- Kalp kapağı problemleri
- Şeker hastalığı
- Kalp kası hastalığı
- Alkol kullanımı
- Doğuştan kalp hastalıkları
- Troid hastalıkları

Kalp Yetersizliği Hastalığınız Nasıl Belirlenir

Genelde kalp yetersizliği hastaları hastalığın en sık semptomları olan nefes darlığı, kilo alma, yorgunluk, uykusuzluk, ayaklarda ve bacaklarda şişme gibi belirtilerle sağlık kurumuna başvururlar. Hastanede kan testleri, EKG, EKO gibi testler ve muayene yapılarak hastalığın tanısı belirlenir.

Kalp yetersizliği tanısı belirlendikten sonra hastalığın kontrol edilmesinde iki önemli hedef vardır. Bunlar;

1. İlaç kullanarak kalbin pompa gücünü arttırmak.

2. Yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlayarak kalbin yükünü azaltmak.



Hastalığı Kontrol Edebilmeniz İçin;

- Doktor ve hemşirenizle iletişiminizi sürdürün.
- Kendinize güvenin.
- İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği gibi kullanın.
- Semptomlarınızı tanımayı öğrenin.
- Yaşam şeklinizle ilgili değişiklikleri uygulayın.
- İlaçlarınız, kilonuz, kan basıncınız, nabız ve kişisel durumuzla ilgili günlük tutun.

Kayıt Tutmanın Önemi

Kontrole geldiğinizde günlük ve kayıt çizelgenizi yanınızda getirmeyi ihmal etmeyin. Tuttuğunuz kayıtlar hastalığınızla ilgili oluşan farklılıkları anlamana yardımcı olur.

İlaçlar

Tarih	İlaç İsmi ve Dozu	Sabah	Öğle	Öğleden Sonra	Akşam

Kişisel kayıtlar

Tarih	Ağırlık (kg)	Kan basıncı	Kalp hızı (Nabız)

Kişisel notlar

Genel sağlık durumunuzla ilgili notlarınızı yazınız.

Kalp Yetersizliği Semptomlarının Tanınması ve Semptomlarının Azaltılması İçin Öneriler

Kalp yetersizliği semptomları kalp krizi sonrasında olduğu gibi ya aniden gelişebilir ya da haftalar, aylar, yıllar içinde gelişebilir. Kalp yetersizliğinde genellikle en sık nefes darlığı, ayak, ayak bileği, bacak, karında şişme, kilo artışı, yorgunluk ve uykusuzluk problemleri ile karşılaşmaktadır. Bu şikâyetlerin her zaman hepsi görülmeyebilir.

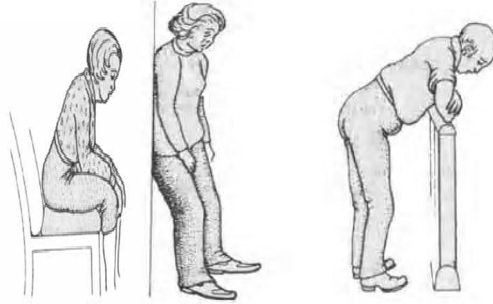
Nefes Darlığı

Nefes darlığı solunum sırasında bir rahatsızlığın varlığını, hastanın nefes almakta zorlanmasını ifade eder. Kalp yetersizliği hastalarında nefes darlığı kalbin güçlü kasılmamasına ve akciğerlerde sıvı birikmesine bağlı gelişir.

Nefes darlığı sıklıkla geceleri yatakta uzanırken, merdiven çıkarken ya da yürürken oluşur. İlerlemiş düzeydeki kalp hastalarında yarı oturur pozisyonda ya da hareketsizken de oluşmaktadır.

Nefes darlığı için yapılacak uygulamalar:

- Nefes darlığınız varsa nefesinizi doğru kullanmayı basit birkaç önlemlle öğrenebilirsiniz.
- Amacınız, nefes almayı kolaylaştırmak ve enerjinizi dikkatli kullanmak olmalıdır.
- **Nefes darlığınızı azaltan pozisyonlar kullanın.**



- Eğer daha fazla nefes darlığınız varsa ve devam ediyorsa, biraz daha desteklemek gerekebilir. Şekildeki pozisyonları kullanın. Pozisyona rağmen nefes darlığınız azalmazsa doktorunuza ya da hemşirenize danışın.



Nefes alma

- Çok derin nefes almayın, böylece nefes almanız kolaylaşacaktır.
- Bir iş yaptığınızda mutlaka dinlenin ve nefesiniz sakinleştikten sonra yeni bir hareketi yapmayı deneyin.
- Bunları nefes darlığınız olmasa bile ilke edinin ve uygulayın.

Nefes verme

- Nefes verme sesinizi dinleyin, daha az güç harcama yoluna gidin ve çıkan sesi azaltmaya çalışın
- Ne kadar hızlı nefes alıp verdiğiniz konusunda huzursuz olmayın.

Şu noktalara dikkat ettikçe nefesinizi kontrol etmeyi öğreneceksiniz.

- Hızlı ağırlık kazanırsanız nefes darlığınız artabilir, ağırlık kazanımına dikkat edin,
- Tuz tüketimine dikkat edin, fazla tuz ile birlikte sıvı birikimi olacağından nefes darlığınız artabilir.
- İlaçlarınızı düzenli kullanın.
- Gece yatmadan önce yemek yemeyin.
- Nefes darlığınız geçmezse ve sizi çok rahatsız ederse hemşirenize ya da doktorunuza başvurun.

Öksürük

Kalp yetersizliğinde öksürük akciğerlerde sıvı birikmesi ve kalbin güçlü kasılmamasına bağlı oluşur. Bazı ilaçların yan etkisi de öksürük oluşturur. Hızlı kilo alımı sonrası nefes darlığı ile beraber öksürük oluşabilir.

Öksürük için yapılacak uygulamalar:

- Ağzınızdan kanlı balgam, pembe köpüklü kan gelirse, başınızı yana çevirin.
- Hareketinizi azaltın.
- Dinlenmeye zaman ayırın.
- Yatarken rahat ettiğiniz en uygun pozisyonda yatın (ilave bir yastık, ya da yarı oturur pozisyon)

Öksürükle birlikte balgamınız varsa ılık su için, ılık su balgamınızı yumuşatacaktır. Derin nefes alıp nefesinizi içinizde tutun sonra dudaklarınızı büzerek nefesinizi verin. Derin nefes egzersizine ilave olarak balgamınızı çıkarmak için kuvvetlice öksürün.

- Şikâyetleriniz geçmezse sağlık kuruluşuna başvurun.

Ayak, Ayak Bileği, Bacak ya da Karında Şişme

Ayak, ayak bileği, bacak ya da karında şişme kan damarlarından dokular içine sıvı sızması sonucu oluşur. Ayakkabınızda daralma, bel çevresinde kıyafetinizde darlık ve rahatsızlık hissedebilirsiniz.

Fazla sıvı çeşitli nedenlerle vücutta birikebilir.

Sıvı birikiminin (ödem) en önemli nedenlerinden biri fazla tuz alınmasıdır. Tuz bir taraftan vücutta suyun tutulmasına neden olurken, diğer taraftan susuzluk hissini artırarak fazla sıvı almanıza neden olur.

Sıvı birikiminin belirtileri

- Ağırlık artışı
- Tansiyonun yükselmesi
- Ayak bileklerinde, ellerde ve göz etrafında şişlik
- Nefes almada güçlük; merdiven çıkarken zorlanma, düz yatarken fazla yastığa ihtiyaç duyma.

Fazla sıvı birikimi oluşunca neler yapılır?

- Tuz alımını tamamen kesin.
- Sıvı gıdaların alımını azaltın.
- Vücudunuzda ödem kontrolü yapın.



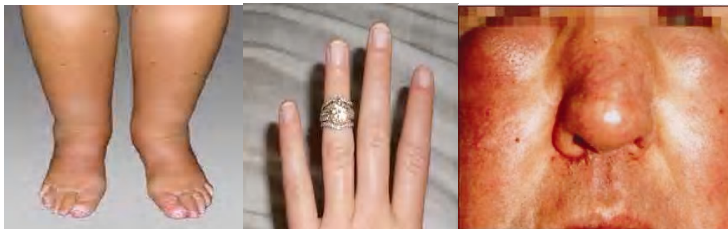
Ödem kontrolü:

Ayak; ayak bileği çevresinde şişlik, her zaman giydiğiniz ayakkabınız rahat giyilmiyorsa,

Eller; parmağınıza taktığınız yüzüğünüz parmağınızı sıkıyorsa,

Gözler; göz kapaklarınız şişmiş ve gözaltında torbalar oluşmuşsa, göz çevresindeki kırışıklıklarda düzelme varsa,

Genel görünüm; vücudunuz şiş ve parlak görünüyorsa, kıyafetleriniz özellikle bel çevresi dar geliyorsa, nefes almakta zorluk çekiyorsanız sıvı birikimi vardır.



Ayak, ayak bileği, bacak ya da karında şişmeyi engellemek için yapılacak uygulamalar

- Yeterli miktarda su için ve tuz (sodyum) alımını azaltın. Yüksek sodyum sıvı tutulmasını artırır.
- Kabuklu armut, maydanoz, salatalık, elma, üzüm, kabak, portakal, tam tahıl ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler, tarçın ve karanfille yapılmış çay, kiraz sapı ödemi atmaya yardımcıyken; salamura ve turşu gibi tuzlu yiyecekler, alkol, kola, kafein, çikolata, şeker, soya sosu, fazla protein ve süt ürünleri tüketimi, meyan kökü içeren besinler ödemi artırır.
- İlaçlarınızı düzenli kullanın.
- Egzersiz yapın. Düzenli fiziksel aktivite sıvı dengesini düzenlemeye yardım eder.
- İdeal kilonuzu koruyun.
- Her gün sabahları uyanınca aynı saatte tuvalete gittikten sonra benzer giysilerle ağırlığınızı ölçün ve kaydedin, düzenli olarak günlük tutun, ağırlığınızda hızlı artış olursa sağlık kuruluşuna gidin.
- Düzenli olarak ödem kontrolünüzü yapın.

Yorgunluk

Kişinin normalde yaptığı hareketleri yapmak için yeterli enerjisinin olmamasını içerir, kalp yetersizliğinde çok sık görülen bir durumdur.



Daha az oksijenin vücuda pompalanması gün içinde yorgunluğa, uyku haline ve oturma isteğine sebep olur.

Yorgunluğun belirtileri

- Artan sürekli uyku hali,
- Normal aktiviteleri yapmayı istememe,
- Kişisel görünümüne ilişkin özenin azalması,
- Uyku sonrasında bile kendini yorgun hissetme,
- Bir konuya dikkatini vermede zorlanma

Yorgunluk için yapılacak uygulamalar:

- Günlük işlerinizde öncelikleri belirleyerek planlayın.
- Uzun aktivitelere dinlenme molası verin, zor işleri adım adım ve dinlenerek yapın.
- Yeterli ve dengeli beslenmeye zen gösterin, kahvaltı ve gle yemeğiniz yüksek kalorili olabilir, akşam yemeğinizin hafif olmasına dikkat edin.
- Çok sıcak havalarda bir saatlik gle uykusu gibi uygun aktivite ve dinlenme programı hazırlayın.
- Stres de yorgunluğu artıran bir faktör olduğundan stresinizi azaltmaya çalışın.
- Uyku ve dinlenme için yeterli zaman ayırın.

Uykusuzluk

Kalp yetersizliğinde sıklıkla idrar söktürücü ilaç kullanımına bağlı gece sık uyanma, vücutta sıvı birikimine bağlı nefes darlığı gibi nedenlerle uyku sorunları ortaya çıkmaktadır. Uykusuzluk sorunu olan hastalar uykuyu sürdürmede, uykuya geçişte güçlük ve sabah erken uyanamama gibi sorunlar yaşamaktadır.



Uykusuzluk için yapılacak uygulamalar:

- Sabahları uyanınca hemen yataktan çıkın, biraz daha dinlenmek için uyumaya devam etme, dinlendirici olmadığı gibi uyku düzenini de bozar.
- Her zaman aynı saatlerde yatıp, aynı saatlerde kalkmaya çalışın, çok geç saatte yatmayın.
- Gündüz uyumamaya çalışın.
- Düzenli egzersiz yapın, akşam saatlerinde heyecan uyandıracak aktivitelere uzak durun.
- Yatak odanızdaki ısı, ışık, ses düzeyini rahatsızlık oluşturmayacak şekilde ayarlayın.
- Çok aç ya da tok olarak yatmayın, açlık ve tokluk hissi uykunuzu engelleyebilir.
- Uyurken sizi sıkmayan, bol, pamuklu ve rahat kıyafetleri tercih edin.
- İdrar ıkartıcı ilaçlarınızı (diüretik) günde bir seferse sabah, günde iki seferse birini sabah, diğerini gleden sonra doktorunuza danışarak alın.

- Uykuya dalmadan önce süt içme, ılık duş alma, kitap okuma, diş firalama, televizyon izleme gibi alışkanlıkları edinin.

İştahsızlık

Hasta, iştahsızlıkta genelde yediğinden az yemek yer ya da hiç yemek yiyemez. Halsizlik, nefes darlığı, tuz kısıtlamasına bağlı tat duyusunda azalma, bulantı ve kusma iştahsızlığa yol açabilir.

İştahsızlığı engellemek için yapılacak uygulamalar;

- Az ve sık aralarla yemek yiyin.
- Yemeklerdeki tuzun yerine tatlandırıcı olarak baharat, maydanoz, nane, kekik, dereotu, rezene, fesleğen gibi aroma sağlayıcıları kullanın.
- Sevdiğiniz yiyecekleri tercih edin.
- Kilonuzu takip edin.
- Sıvı gıdalar tokluk hissi yaratacağından sıvı gıdaları oğn aralarında alın.

Ağırlık Kaybı



Ağırlık kaybı iştahsızlığa bağlı, ilaç dozlarını özellikle idrar söktürücü (diüretik) ilaçları düzensiz ve fazla kullanmaya bağlı gelişebilir, sık rastlanan bir durum değildir.

Ağırlık kaybı için yapılacak uygulamalar;

- Günlük vücut ağırlığınızı izleyin.
- Deri kuruluğu, artmış susuzluk hissi, baş dönmesi varsa sulu besin ve vitamin alımını arttırın.
- Sıvı kaybı ile beraber vücudunuz için gerekli maddeleri de kaybedeceğinizden düzenli ve dengeli beslenin, protein ve yüksek enerji içeren besinleri alın.

Kabızlık

Genellikle yaşlılık, hareketsizlik, düzensiz beslenme, katı besinleri tüketme, az sıvı alımına bağlı olarak gelişir.

Boşaltım sırasında zorlanma, aşırı ıkınma, sert dışkılama, iki gün ve daha uzun süre dışkılama yapmama, karında şişlik hissi olabilir.

Kabızlık için yapılacak uygulamalar:

- Sabah aç karına bir bardak ılık su için.
- Kayısı, erik suyu ya da kompostosunu için.
- Yapabildiğiniz kadar hareket edin, hareket yerçekiminin etkisiyle bağırsak hareketinize yardımcı olur.
- Lif içeriği zengin yiyecekler yeşil yapraklı sebzeler, kepekli ekmek, meyve yiyin.
- Düzenli tuvalet alışkanlığı edinin, her sabah uyanınca aynı saatlerde tuvalete gidin.
- Muz, patates, mısır, katı besinler, kuru ekmek tüketimi kabızlığı arttırır, kabızlık sürecinde bu tür besinleri yemeyin.
- Doktorunuza danışarak dışkı yumuşatıcı kullanabilirsiniz.

İshal

Günde 3 kez ve daha fazla sayıda sulu dışkı yapma ishal (diyare) olarak tanımlanır. İlaçlara, yenilen besinlere ya da bazı enfeksiyonlara bağlı gelişebilir.

İshal için yapılacak uygulamalar;

- Vitamin ve mineral kaybınızı yerine koymak için sulu gıdaların alımını arttırın.
- Sık ve az az yiyin, meyve tüketin.
- İshal yorgunluk yapacağından yatarak dinlenin.
- Kişisel temizliğinize dikkat edin.

Ağız Kuruluğu

Çoklu ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması, nefes darlığı, şeker hastalığı sonucu ağızda yeterince tükürük olmadığında ağız kuruluğu oluşur.

Ağız kuruluğu için yapılacak uygulamalar;

- Sık sık ağızınızı su ya da ağız bakım gargaraları ile çalkalayın.
- Şekerli, baharatlı içecekler içmeyin.
- Az az ve sık sık su için.
- Alkol ve sigara içmeyin.

Tat Duyusunda Değişiklik

Kullanılan ilaçlara ve tuz kısıtlamasına bağlı olarak tat duyusunda değişiklik oluşabilir.

Tat duyusunda değişiklik için yapılacak uygulamalar;

- Tuz yerine baharat, maydanoz, nane, kekik, dereotu, rezene, fesleğen gibi aroma sağlayıcıları tercih edin.
- Elma, armut, şeftali gibi ağızda hoş tat bırakan meyveleri yiyin.
- Sevdiğiniz yemekleri yemeyi tercih edin.

Bulantı –Kusma

Kalp yetersizliği hastalarında alınan ilaca ve diğer hastalıklara bağlı olabilir, bazı hastalarda hiç görülmez.

Bulantı –Kusma için yapılacak uygulamalar;

- Çok fazla bulantı-kusma olursa kaybedilen sıvı, vitamin ve mineraller yerine konulmalıdır.
- Sık sık ve az az yemek yiyin.
- Sevdiğiniz yiyecekleri yiyin.
- Bulantıyı azaltmak için elma suyu, limonata gibi hafif içecekler için.

Ağrı

Kalp yetersizliği hastalarında bacak damarlarında fazla sıvının birikmesine ve kalbin pompalama gücünün azlığına bağlı ayaklarda ağrı olur.

Kalbi besleyen damarlarla ilgili rahatsızlıklar sonucu ve pompalama gücünün azlığına bağlı olarak kalbe yeterince oksijen gidemediğinde göğüs ağrısı olur.

Ağrı için yapılacak uygulamalar;

- Fazla sıvı birikimini engellemek için tuz kısıtlamasına uyun.
- Fazla sıvı almayın.
- İlaçları dozunda ve zamanında kullanın.
- Şiddetli ağrı ve ödem olursa sağlık kuruluşuna başvurun.

Çarpıntı

Çarpıntı kalp atımının hissedilmesidir. Kalp kapağı hastalığı ve kalp yetersizliğinde dolaşımdaki basınç değişikliklerine bağlı oluşabilir.

Çarpıntı için yapılacak uygulamalar;

- Size rahatsızlık verecek kadar çarpıntınız varsa üzerinizdeki sıkı kıyafetlerinizi çıkarın.
- Sakin, rahat bir pozisyonda oturun.
- Çarpıntınız geçmezse doktorunuza ya da hemşirenize başvurun.

Terleme

Kalp yetersizliğinde terleme, genellikle ilaçlara bağlı ya da şeker hastalığınız varsa şekeriniz çok fazla düştüğünde oluşur.

Terleme için yapılacak uygulamalar;

- Eđer Őeker hastalıđınız var ve buna bađlı terliyorsanız, kan Őekeriniz dűŐműŐtűr, kan Őekerinizi ۆlűűn, normalden dűŐűkse kan Őekerinizi yűkseltmek iűin hemen 2-3 kesme Őeker alın, bir bardak meyve suyu iűin, biraz kendinize geldikten sonra hafif bir yemek yiyin.
- Sık sık terliyorsanız elbiselerinizi deđiŐtirin.
- Kaybettiđiniz sıvıyı yerine koymak iűin sık sık su ve sulu gıdalar tűketin.

BaŐ Dűnmesi

Kalp yetersizliđinde baŐ dűnmesi ilaűların yan etkisine ya da hızlı kilo alıŐveriŐine bađlı geliŐmektedir. ۆzellikle idrar sűktűrűcű ilaűları kontrolsűz yűksek dozda kullanırsanız vűcudunuzdan aŐırı sıvı kaybı olur, tansiyonunuz dűŐer, vűcudunuzun kan ihtiyaçı karŐılanamaz ve bűylece baŐ dűnmesi geliŐebilir.

BaŐ dűnmesi iűin yapılacak uygulamalar;

- Kullandıđınız ilaűların sizde oluŐturduđu yan etkileri not edin.
- ۆzellikle idrar sűktűrűcű (diűretik) dozunu ihtiyacınızdan fazla almayın.
- BaŐınız dűnerse, sakın bir yerde dinlenin, tansiyonunuzu ۆlűűn, baŐ dűnmeniz geűmezse sađlık kuruluŐuna baŐvurun.

Kaşıntı

İlaűların yan etkisi, kalp yetersizliđinin ileri dűnemlerinde banyo yapmada zorlanmaya bađlı deride kuruluk sonucu kaŐıntı geliŐebilir. KaŐıntı; rahatsızlık, huzursuzluk, yara oluŐumuna neden olabilir.

KaŐıntı iűin yapılacak uygulamalar;

- Banyo yaparken sizi yormayacak Şekilde ılık duŐ alın.
- YumuŐak, parfüm iűermeyen sabunlar kullanın.
- Pamuklu bol giysiler giyin.
- Kaşıntı ۆnleyici kremler kullanın.

Ellerde / Ayaklarda Karıncalanma

Ellerimiz ve ayaklarımız dolaşım sistemimizin en uzak noktalarıdır, bu noktalara hastalığınıza bağlı olarak yeterince kan gelemediği zaman elleriniz ve ayaklarınızda uyuşmalar oluşur.

Ellerde / Ayaklarda karıncalanma için yapılacak uygulamalar;

- Ellerinizi ve ayaklarınızı sık sık hareket ettirin.
- Sizi yormayacak şekilde güzel havalarda yürüyüş yapın, hareket ederek kan dolaşımınızı hızlandırabilirsiniz.
- Aşırı soğuk ve sıcak havalarda dışarı çıkmayın.
- İlaçlarınızı düzenli kullanın.

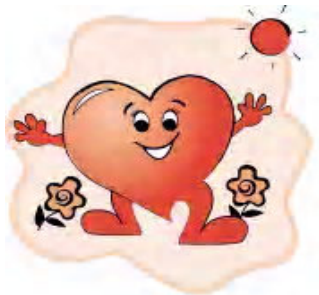
Psikolojik Sorunlar

Kalp yetersizliği tek başına bir hastalık değildir, öncüsü olan hipertansiyon, diyabet, kalp kapağı hastalığı gibi çeşitli hastalıklar vardır. Birden fazla hastalığa sahip olma, çok ilaç kullanma, özellikle ileri evredeki hastalarda hafif hareket halinde nefes darlığı, ödem olması nedeniyle hastalar genelde durumları ile ilgili;

- Kaygı yaşarlar.
- Üzüntü hissederler.
- Aşırı alıngan ve sinirli olabilirler.
- Bir duruma odaklanmakta güçlük çekebilirler.

Psikolojik sorunlar için yapılacak uygulamalar;

Kalp yetersizliğinin tedavisi bir takım oyunu yani ekip işbirliği gerektirir. Aile bireyleriniz sizi destekleyerek mümkün olduğu kadar aktif bir yaşam sürmenizde anahtar rol oynamaktadırlar. Kan basıncı ve kalp hızı ölçümü, ilaçların düzenlenmesi gibi tedavi planlarına aile bireylerinizi dahil edin. Ailenizle birlikte beraberce dışarı çıkmak, sağlıklı yemekler hazırlamak gibi ortak aktiviteler düzenleyin.



Kalp Yetersizliğinde Yaşam Şekli Değişiklikleri



Yaşam şekli değişikliği sanıldığı kadar zor değildir, sağlıklı olmak isteyen her kişinin normalde uyması gereken genel ilkeleri içermektedir. Bunlar;

- Tuz kullanımını azaltmak
- Günlük sıvı alımını düzenlenmek
- Sağlıklı ağırlığı korumak
- Sağlıklı beslenmek
- Alkol tüketimini bırakmak ya da azaltmak
- Düzenli egzersiz yapmak
- Stresi azaltmak
- Aşılacaktır.

Tuz Kullanımının Azaltılması

Kalp yetersizliği hastalarında en önemli yaşam şekli değişikliği günlük kullanılan tuz miktarının kısıtlanmasıdır. Sofra tuzunun asıl adı “Sodyum Klorür”dür. Tuzun %60’ı klor, %40’ı sodyumdan oluşur. Sodyum besinlerde doğal olarak bulunan bir mineraldir. Sodyumun sıvı dengesinin sağlanmasında fonksiyonu vardır. Genellikle besinler gereksinenden daha fazla sodyum içerirler.



Yetişkinler için minimum sodyum gereksinmesi günde 500 mg’dır. Bu miktar yaklaşık ¼ tatlı kaşığı tuzdur.

- Maksimum tuz alımı ise günlük 6 g (2.4 g sodyum) olarak belirlenmiştir. Sofra tuzu, kabartma tozu ve yemek sodası sodyumun en iyi kaynaklarıdır. Tuzun 1 gramında 400 mg sodyum bulunur. Gereğinden fazla tuz kullanımı vücudunuzda sıvı tutulmasına bağlı nefes almada zorlanmaya yol açar.



- Tuz tüketimini azaltmak için öncelikle hazır yemek ve konserve yerken dikkatli olmakta fayda vardır. Bu tip yiyeceklerde ev yapımı yemeklerden çok daha fazla miktarda tuz bulunur.

- Şarküteri ürünleri, hazır soslar ve et suyu tabletleri de bolca tuz bulundurur.

- Tuzu azaltmanın en basit yolu yemek yerken yemeğin tadına bakmadan tuz ekmemektir. Bunun yerine baharatlarla yemeğinizi lezzetlendirebilirsiniz.

Tuz kullanımını azaltmanın bazı pratik yolları vardır.

Bunlar;

- Taze ve tuz eklenmemiş besinleri tercih edin.
- Sofradan tuzluğu kaldırın.
- Sofrada tuzluk kullanmamakla tuz alımını % 15 azaltabilirsiniz.
- Yemeklerin tadına bakmadan tuz kullanma alışkanlığından vazgeçin.
- Mutlaka satın aldığımız hazır ürünlerin etiketlerini okuyunuz. “Tuzsuz” ya da “tuzu azaltılmış” besinleri tercih edin.



Tuz İçeriği Yüksek Besinler <ul style="list-style-type: none">• Turşu, ketçap, hardal, zeytin, soya sosu, salata sosları, salam, sosis, konserve etler, salamura meyve ve sebzeler, tuzlu kraker, tuzlu cips, gevrek, pizza, kek, puding, karbonat, kabartma tozu, konserve bezelye, hazır çorba gibi yiyeceklerin tuz içeriği yüksektir.	Tuz İçeriği Düşük Besinler <ul style="list-style-type: none">• Kaymaksız süt, yumurta, hindi eti, tavuk eti, karaciğer, taze balık, taze sebze ve meyveler, kahve, çay, sarımsak, soğan, defneyaprağı, biber, dereotu, hindistan cevizi, adaçayı, kimyon, tarçın, badem, sıvı yağlar, şerbet, meyve tatlıları, tuzsuz fındık ve cevizdir.
--	--

• Maden suları kaynağına göre farklı miktarlarda cznmş halde yapısında; sodyum, kalsiyum, magnezyum, demir ve alüminyum olmak üzere çok sayıda mineral ve doğal gaz içermektedir. Bu nedenle satın aldığınız maden sularının sodyum içeriğini etiketinden kontrol edin.

Günlük Sıvı Alımının Düzenlenmesi



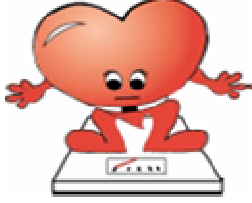
Kalp yetersizliği olan hastaların günlük alması gereken sıvı miktarı 1.5-2 litre civarındadır. Bu miktara su, çay, kahve, meyve suları, çorbalar, süt ve gazlı içecekler dahildir.

Günlük sıvı tüketimini azaltmada büyük bardak ve kupa yerine kk bardakları tercih etmek, bir defada fazla miktarda sıvı almak yerine az miktarda gün içerisine yaymak, suyu ve meyveleri soğuk olarak tüketmek faydalı olabilir.

İdeal Ağırlığınızın Korunması

Hastalığınız vücut ağırlığınızda hızlı değişikliklere neden olabilir. Birkaç gün içinde vücut ağırlığının 2-3 kilogramdan fazla artması kalp yetersizliğinde kötüleşme olabileceği anlamına gelir. Bu durum alınan idrar söktürücü ilaç dozunun doktor kontrolünde arttırılmasını gerektirir. Kısa zaman içerisinde istemsiz ağırlık kaybı da ciddi bir durumun habercisi olabilir. Ağırlık kaybı yeterli miktarda enerji alamamaya, hareketsizliğe veya kalp yetersizliğinden dolayı kas kitlesi kaybına bağlı gelişebilir. Ayrıca idrar söktürücü ilaç dozunuzun fazla olmasında ağırlık kaybına yol açabilir.

Her gün sabahları aç karnına, idrarınızı yaptıktan sonra, aynı saatte, aynı tartı ve benzer giysilerle ağırlığınızı ölçün ve kayıt edin.



Günde 1-2, haftada 4-5 kg ağırlık artışınız olursa, doktorunuza/ hemşirenize bildirin.

Beden Kitle İndeksi (BKİ)nizi hesaplayın.

Beden kitle indeksi vücut ağırlığının, boyunuzun karesine bölünmesiyle hesaplanır.

Beden Kitle İndeksi = Vücut ağırlığı (kg)/Boy (m)²

Örnek: Vücut ağırlığı 60 kg, boyu 1.67 m olan bir kişinin BKİ Beden Kitle İndeksi = $60 / 1.67 \times 1.67 = 21 \text{ kg/m}^2$ dir.



BKİ değerine göre sağlık sorunları riskini şu şekilde değerlendirebilirsiniz.

Beden Kitle İndeksi	Sağlık Sorunları Riski
20-24.9 (normal)	Çok düşük risk
25-29.9 (hafif şişman)	Düşük risk
30-34.9 (şişman)	Orta risk
35-39.9 (ağır şişman)	Yüksek risk

Sağlıklı Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme bireyin yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna göre enerji ve besin öğelerini yeterli miktarda almasıdır.

- Vücut ağırlığınızı uygun sınırlarda tutun.
- Azar azar, sık sık beslenin.

- Öğün atlamayın.
- Sofraya çok aç oturmayın, çok tok kalkmayın.
- Her öğünde çeşitli besinler tüketin.
- Haftada en az iki kere balık yiyin.
- Her öğünde yeşil yapraklı sebzeler tüketin.
- Posalı yiyecekler tüketin. Ekmeğinizi tam tahıllı yiyin.
- Her gün kaymaksız süt ve süt ürünleri tüketin.
- Su yaşamsal bir kaynaktır. Günde 2-2.5 litre sıvı tüketin.
- Kızartmadan çok buğulama, ızgara ve haşlamayı yeğleyin.
- Daha az şeker tüketin. Kek, çikolata, şeker, bisküvi alımını azaltın.



• **Diyetinizde kolesterolü sınırlayın.**

Doymuş yağ alımının kısıtlanması, diyetle kolesterolün azaltılması kan kolesterol düzeyinin düşürülmesine yardımcıdır. Kolesterol içeren besinlerin diyetten çıkarılması gerekmez, sınırlamak yeterlidir. Süt, peynir, tavuk, balık ve kırmızı et kolesterol içeren besinler olup aynı zamanda vücudun ihtiyacı olan birçok besin öğesini içermektedir. Karaciğer gibi kolesterol içeriği yüksek sakatatlardan uzak durun.

Alkol Tüketimini Bırakmak ya da Azaltmak

Eşlik eden kalp hastalığı olduğunda fazla miktarda alkol tüketmek kalp hızını ve kan basıncını yükseltir. Alkol bağımlılarında, alkolik kardiyomiyopati denilen durum kalp yetersizliğine sebep olabilir. Genel bir öneri olarak günlük alkol tüketiminin 1-2 bardağı geçmemesi önerilir (bir bardak içecek tipik olarak bir şişe bira veya bir kadeh şarabı

veya benzer miktarda alkol içeren eşdeğerlerini ifade eder). Kalp yetersizliğine bağlı şikâyetler ciddi ise alkol tüketiminden tümüyle uzak durulmalıdır.

Sigarayı Bırakmak

Sigara içmek kanın oksijen taşıma kapasitesini etkiler, kan basıncını artırır, damarlarda yağ birikimi ve tıkanıklık oluşumuna neden olur. Bütün bunlar kalp yetersizliğini olumsuz etkiler. Sigarayı bırakmak, hiçbir zaman geç değildir ve sigarayı bırakmak kalbiniz için çok faydalıdır.



Sigarayı bırakmak için değişik yöntemler mevcuttur. Bunlar;

1. Nikotin bandı, sakızı veya spreyi kullanmak.
2. Yavaş yavaş günlük içilen sigara miktarını azaltmak.
3. Yemek sonrası sigara içmek yerine dişleri fırçalamak.
4. Sigara içilen ortamlardan uzak durmak.
5. Elinizi ve ağzınızı sakız çiğneyerek veya kâğıt karalayarak oyalamak.
6. Egzersizi artırmak ve daha aktif bir hayat sürmek.
7. Küllüğü boşaltmamak (bu size ne kadar çok sigara içtiğinizi ve ne kadar kötü bir koku yaydığınızı hatırlatacaktır).
8. Özellikle sigara içenler olmak üzere aile bireylerini sigarayla mücadeleye dahil etmek başarı şansınızı arttıracaktır.

Düzenli Egzersiz Yapmak

Kalp yetersizliği olan hastaların büyük çoğunluğunda faydalıdır. Egzersiz programına başlamadan, yapılan egzersizin miktarını artırmadan veya tipini değiştirmeden önce kalp üzerine taşıyabileceğinden daha fazla yük yüklenmediğinden emin olmak için doktora danışılmalıdır.

Egzersize her zaman ısınma hareketleriyle başlanmalı ve bitirirken tempoyu yavaş yavaş düşürmelisiniz.

Vücudunuzu Dinleyin

Her zaman yaptığınız aktiviteye yavaşça başlayın ve forma girdikçe miktar ve şiddeti kademeli olarak artırın. Aşağıdaki semptomları hissederseniz egzersizi yavaşlatın ya da durdurun.

1. Aşırı nefes nefese kalma,
2. Aşırı yorgunluk,
3. Çok terleme,
4. Çarpıntı

Göğüs, kol ya da çenede ağrı hissederseniz egzersizi bırakın. Eğer göğüs ağrınız olursa doktorunuzun tavsiye ettiği ilaçları kullanın.

Genel Hastalık ya da Yorgunluk Halinde Egzersiz

Hastalık ya da yorgunluğun yoğun olduğu dönemlerde egzersiz yapmaktan kaçının. Bu dönemde yapılan egzersizler kalbin iş yükünü arttırdığı için hastalık geçinceye kadar dinlenin. Yorgunluk egzersizi bırakmanız için önemli bir işarettir. Yorgunsanız egzersiz yapmayın.

Egzersiz ve Yemek

Ağır bir yemekten sonra veya uzun bir açlıktan sonra egzersiz yapmayın.

Hafif bir yemekten 1-2 saat sonra egzersiz yapın. Ağır bir yemek ve egzersiz arasında en az bir buçuk saat geçmelidir. Yemekten hemen sonra egzersiz yapılırsa kalp yorulabilir ve göğüs ağrısı oluşabilir. Vücudunuzun yemeğin sindirimi ve kas hareketini beraber yapabilmesi için fazladan kan akımına ihtiyacı vardır. Yemeklerden sonra sindirim için zaman ayrılmalıdır.

Egzersiz ve Hava Koşulları

Soğuk veya rüzgârlı havada ısınma hareketlerini dışarı çıkmadan önce yapın. Havanın aşırı sıcak ya da soğuk olması kalp üzerine fazladan sıkıntı yaratabilir. Sıcak havalarda egzersiz yaparken bol giysiler giyin ve serin ortamlar seçin. Egzersiz için daha çok ılık havaları tercih edin

Isınma ve Soğuma Hareketleri

Egzersize yavaş başlayın, kademeli olarak yani ısınarak arttırın, belli bir hıza ulaştıca egzersizi aniden durdurmayın.

Yürüme

Yürüyüş egzersizin en iyi türlerinden birisidir. Yürümek için düz zemini tercih edin. Engebeli ya da inişli yokuşlu zeminde yürürken daha çok enerji gerektiğinden kalbiniz daha çok yorulabilir. İlk başlarda 10'ar dakikalık süre ile günde iki, üç kez yürüyün, daha sonra yürüme süresini 30 dakikaya çıkarın. Yürüyüşe ilave olarak bisiklete binmeyi veya yüzmeyi de deneyebilirsiniz.

Bisiklete Binme

Bisiklete binme bacak kaslarını güçlendirmek için iyi bir egzersiz seçeneğidir. Uygun oturma pozisyonunda, yavaş hızda 5-10 dakika ayaklar çalıştırılarak başlanmalı, dik oturur pozisyonda devam edilmelidir.

Kol Egzersizi

Kol çalıştırma bacak egzersizine göre vücudu daha çok yorar, özellikle ağırlık kaldırma gibi kol egzersizlerini yapmayı tercih etmeyin.

Yüzme

Yüzme kalbinizin pompalama gücünü sınırlandırırsa tavsiye edilmez. Su içinde kol ve bacaklarınız beraber çalışır. Su içinde egzersiz yapmak için doktor ya da hemşirenize danışın.

Vücut Pozisyonu

Uzun süre ayakta kalmak baş dönmesi oluşturabileceği için uzun süreli ayakta durmaktan kaçının. Eğilme ya da bükülme beklenmedik nefesin kesilmesine sebep olabilir. Ani hareketlerden kaçının.

Seyahat Etmek

Kalp yetersizliği hastalığı kontrol altında ise kısa süreli seyahat için bir engel yoktur. Uzun süreli seyahatlerde özellikle oturur vaziyette durmak ayak bileklerinizde şişmelere ve bazen kramplara neden olabilir. Uçak yolculuğu yapacaksanız kısa süreli olanı tercih edin. Ayakları düzenli olarak hareket ettirmek faydalı olabilir. Bazı durumlarda

doktorunuz seyahat sırasında damarlarınızda pıhtı oluşumunu önlemek için diz üstü destek çorapları giymenizi önerebilir.

Seyahate çıktığınızda bütün ilaçlarınızı yanınıza alın.

Fazla yüksek, çok sıcak ve nemli yerlerden uzak durun.

Cinsel Yaşam ve Kalp Yetersizliği

Çoğu hasta, durumları kontrol altında olmak kaydıyla, normal cinsel yaşamlarına devam edebilir.

Aşağıdaki öneriler daha rahat ve güvenli bir cinsel yaşam için faydalı olabilir:

1. Cinsel aktivite için stresli olmayan, dinlenmiş ve rahat olduğunuz zamanları seçin.
2. Ağır bir yemekten sonra veya aşırı miktarda alkol aldıktan sonra cinsel aktiviteden kaçın.
3. Cinsel aktivite için çok sıcak veya soğuk olmayan bir ortam seçin.
4. İlişki sırasında herhangi bir rahatsızlık, yorgunluk veya nefes darlığı hissedilirse ilişkiye devam etmeyin.
5. Sertleşme (iktidarsızlık, empotans) gibi problemler için doktor önerisi dışında ilaç kullanmayın.

Aşılanmak

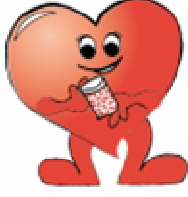
Grip ve zatürre gibi enfeksiyonlar kalp yetersizliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Grip ve zatürreye karşı koruma sağlayacak güvenli aşılar mevcuttur. Doktor ya da hemşirenizle konuşarak aşınızı yaptırın.



Kalp Yetersizliğinizin İlaç Tedavisi

Kalp yetersizliğinin ilaç tedavisinin yararları

- 1.Yaşam kalitenizi artırır.
- 2.Semptomlarınızın kötüye gitmesini engeller.
- 3.Daha uzun yaşamınızı sağlar.



4.Sık sık hastaneye yatmanızı engeller.

5.Günlük aktivitelerinizi daha rahat yapmanızı sağlar.

İlaçlarınızla ilgili şu durumlara dikkat etmelisiniz.

- İlacınızın adını, dozunu, günde kaç kez alacağınızı, saatlerini gösteren bir çizelge yapın.
- İlaçlarınızı orijinal kutularında saklayın.
- İlaçlarınızı zamanında, düzenli olarak alın.
- Kendi kendinize ilaç almaya ara vermeyin.
- İlaç almayı unuttuğunuzda iki dozu birden almayın.
- İlaçlarınızın yan etkisi olursa doktor ya da hemşirenize danışın.

Hastane kontrollerine giderken ilacınızı yanınızda götürün.

En sık kullanılan ilaçlar şunlardır; idrar söktürücüler (Lasix, Desal), ACE İnhibitörleri (İsordil, Captopril), Beta Blokerler (Karvedilol, Metaprolool) , Pıhtıönler ilaçlar (Coumadin, Warfarin)

İdrar Söktürücü İlaçlar (Diüretikler, lasix, desal, aldaktone)



Diüretikler vücuttaki fazla sıvıyı böbrekler aracılığı ile uzaklaştırırlar. Fazla sıvı normalde ayak, eklem, bacak, karın ve akciğerlerde birikir.

Bu tabletler reçete edilen dozda genelde sabahları alınmalı, sabah alındığı zaman yaklaşık 2-6 saat içinde fazla miktarda idrar dışarı atılır. Farklı bir zamanda almak için hekiminizle beraber karar verin.

İdrar söktürücü ilaçları kullanırken her gün sabahları aç karnına, idrarınızı yaptıktan sonra, aynı saatte, aynı tartı ve benzer giysilerle kilonuzu ölçün ve kayıt edin. Günde 1-2, haftada 4-5 kg ağırlık artışınız olursa doktorunuza/ hemşirenize bildirin.

Doktorunuz ya da hemşireniz önerirse bir gün boyunca alınan ve çıkarılan sıvılarınızı kayıt edin. Bunun için ölçekli bir bardak kullanın ya da herhangi bir bardağın ne kadar sıvı aldığını belirleyin, idrarınızı ölçekli bir kaba yaparak miktarını ölçün, günün sonunda hepsini toplayarak kayıt edin, şekildeki gibi değerlendirme yapın.

Aldığınız-Çıkardığınız Sıvıyı İzleme Örneği

Tarih	Aldığı sıvı (ml)	Çıkardığı idrar (ml)
20.12.2012	1 bardak çay	200 ml
	3 bardak su	300 ml
	2 bardak çorba	200 ml
Toplam	1200	700 ml

1 bardak=200 ml

Yan etkiler: Yorgunluk, bacak krampları, kanda potasyum ya da sodyum seviyesinde düşme.

Eğer yorgunluk ya da bacaklarda kramp oluşursa doktor ya da hemşirenizle konuşun.

- Düzenli olarak sodyum ve potasyum değerlerinizi ölçtürün.
- Vücutta potasyumu azaltan idrar söktürücü ilaçlar (diüretik) alıyorsanız potasyumdan zengin yiyecekleri daha çok yiyin. Potasyum kalbinizin düzenli çalışmasını sağlayan bir maddedir.
- Potasyumdan zengin yiyecekler şunlardır; muz, portakal, kavun, çilek, karpuz, kuru üzüm, kuru incir, kuru kayısı, kuru erik, hurma, pancar, yeşil yapraklı sebzeler, ıspanak, bezelye, domates, mantar, baklagiller, bezelye, hindi eti, sığır eti, balıktır.
- Potasyum tutucu idrar söktürücü ilaçlar (Aldaktone) alıyorsanız potasyumlu yiyeceklerden ve yüksek potasyumlu tuz içeriklerinin kullanımından kaçının.

ACE İnhibitörleri (Captopril)

Bu ilaçlar kan damarlarını genişletir, kalbin daha kolay pompalama yapmasını sağlar. Genellikle düşük dozda başlanıp, zamanla dozları yükseltilir. Göz ve böbrekler üzerine zararlı etkileri olabilir, düzenli kan testlerine bakılmalıdır.

Oluşabilecek istenmeyen yan etkiler: En yaygın yan etki baş dönmesi ve öksürüktür. Kuru, boğazınızı tahriş eden öksürükten dolayı bu ilacı kullanamazsanız hemşire ya da doktorunuzla konuşun. Bu ilaçlar yerine kullanabileceğiniz uygun başka ilaçlar verilebilir.

Nadir görülen yan etkiler: Baş ağrısı, yorgunluk, bulantı, kusma, kalp yangısı, mide ağrısı, alerjik reaksiyonlardır. İlaçlar böbrekleri etkilediği için doz değişiminden sonra kan testleri ile böbrekler incelenmelidir.

Beta Blokerler (Karvedilol, Metaprolol): Bu ilaçlar kalp atım hızını yavaşlatarak kalbin iş gücünü azaltır. Bazı Beta Blokerler kan damarlarını genişletip, kalbin pompalama gücünü arttırmırlar. Bu ilaçlar genellikle kademeli olarak arttırılırlar.

Oluşabilecek istenmeyen yan etkiler: Yorgunluk, baş dönmesi, erkeklerde cinsel sorunlar.

Digoksin: Düzensiz atımı olan kalp hastalarında uzun yıllardır kullanılan digoksin kalp hızını yavaşlatarak kalbin pompalama gücünü daha kuvvetli yapar.

Oluşabilecek istenmeyen yan etkiler: Kanda digoxin seviyesi artarsa bulantı, kusma, diyare, yorgunluk, baş ağrısı, çarpıntı oluşabilir. Yan etkilerden birisi oluşursa doktor ya da hemşirenize danışın.

Pıhtıönler ilaçlar (Coumadin, Warfarin)

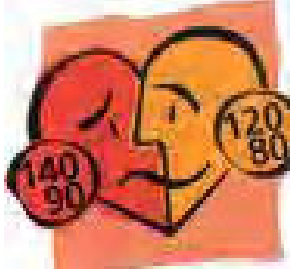
Bu ilaçlar kan damarlarındaki pıhtılaşmaya engel olurlar. En yaygın kullanılan kan sulandırıcı ilaç Warfarin'dir.

Oluşabilecek istenmeyen yan etkiler: Yaralanma olduğunda uzun süre kanama olabilir. İlacı kullanırken düzenli kan testlerini mutlaka yaptırmak gerekir. Acil durumlarda sağlık personelinin bilmesi için mutlaka yanınızda kart taşıyın. Kan sulandırıcı ilaç alırken alkol kullanmak kalbinizin pompalama gücünü etkilediği için alkol kullanımından kaçıının.

Hastalığınızın İlerlememesi İçin Uymanız Gereken Genel Öneriler



İlaçlarınızı doktorunuzun tavsiye ettiği şekilde kullanın.



Düzenli olarak tansiyonunuzu ölçün/ölçtürün.



**Kan şekerinizi ölçün / ölçtürün.
70-110 mg/dl ideal değerlerdir.**



Sigarayı bırakın.



Alkolü hiç içmeyin ya da azaltın.



**Düzenli ağırlık takibi yapın.
Fazla vücut ağırlığından kaçın.
Vücut ağırlığınızı koruyun.**



Düzenli fiziksel aktivite yapın.

Kolesterolünüzü ölçtürün.

**LDL 130 mg/dl altında,
HDL 45 mg/dl üstünde,
Total kolesterol 200
mg/dl altında ideal
değerlerdir.**



**Nabzınızı sayın.
Dakikada 60-100 atım
arası normal nabız
değeridir.**



**Diyetinize uyun, yeterli
ve dengeli beslenin.**



**Genellikle taze ve tuz
Eklenmemiş besinleri
tercih edin.**



**Sofranızdan tuzluğu
kaldırın. Tuz yerine
baharatlarla
yiyeceğinizi tatlandırın.**



Beslenmenizde sıvı yağları tercih edin.

Sosyal aktivitelerde bulunun. Günlük işlerinizi yapın.



Düzenli olarak doktor ya da hemşirenizle görüşün, hastane kontrollerinizi ihmal etmeyin.

Ek 2 Metabolik Kontrol Değerleri

Tarih	1. izlem	2.izlem
Kan Basıncı (mmHg)		
Nabız Hızı (atım/dk)		
Ağırlık (kg)		
Boy (cm)		
BKİ (kg/m ²)		
LDL (mg/dl)		
Trigliserit (mg/dl)		
Açlık kan şekeri (mg/dl)		
K (mEq/L)		
Cl (mEq/L)		
Na (mEq/L)		
Ödem kontrolü	El () Ayak ()) Yüz () Genel ())	El () Ayak () Yüz () Genel ())

KAYNAKLAR

1. Delaney C. Home care nurses knowledge of evidence-based education topics for management of heart failure *Heart & Lung* 2011; 40: 285-293.
2. Duncan K, Pozehl JF, Norman A. Self-directed adherence management program for patients with heart failure completing combined aerobic and resistance exercise training, *Applied Nursing Research* 2011; 24: 207-214.
3. Lofvenmark C, Karlsson MR. A group-based multi-professional education programme for family members of patients with chronic heart failure: effects on knowledge and patients' health care utilization, *Patient Education and Counseling*, 2011; 85: 162-168.
4. Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S. Rationale and design of the japanese heart failure outpatients disease management and cardiac evaluation (J-Homecare). *Journal of Cardiology* 2011; 58: 165-172.
5. Baker D, Dewalt D, Schillinger D, et al. The effect of progressive, reinforcing telephone education and counseling versus brief educational intervention on knowledge, self-care behaviors and heart failure symptoms, *Journal of Cardiac Failure* 2011;17:789 -796.
6. Lambrinou E. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Nursing Studies* 2011; 1935: 1-15.
7. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 Esc Kılavuzu [Http://www.tkd.org.tr/cg/007/](http://www.tkd.org.tr/cg/007/)(Erişim Tarihi: 10.10.2010).
8. Demir M, Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3: 119-130.
9. Enç N, Yiğit Z, Altıok M ve ark. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. İstanbul, Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları 2007; 2: 11-39.
10. Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10: 1- 8.
11. Erdiñç M, Gülmez İ. Solunumsal Rehabilitasyon, Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Özgün Ofset, 2009:1-47.

12. Prendergast H, Bunney E. Management of chronic heart failure: an old disease with a new face. *Emergency Medicine Australasia* 2005; 17: 143-151.
13. Sisk J, Hebert P, Horowitz C, et al. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities, *Annals of Internal Medicine* 2006; 145: 273-284.
14. Franzen K, Blomqvist K, Saveman B. Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: a validation study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 5: 137- 145.
15. Karpolat H, Durmaz B, Nalbantgil S. Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2006; 6: 327- 332.
16. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2008.
17. Durdu S, Akar R, Çavolli R, ve ark. İleri dönem kalp yetmezliğinde alternatif arayışlar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2003; 3: 252-260.
18. A Guide to Living With Heart Failure, Ncl Cardiac & Stroke Network, 2009.
19. Enç N, Yiğit Z, Altıok M. Kalp Yetersizliği Hasta El Kitabı İstanbul, 2007: 7-75.
20. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 Esc Kılavuzu, [Http://www.TkdOnline.Org/Dergi/Tkda_40_70_77_137](http://www.TkdOnline.Org/Dergi/Tkda_40_70_77_137). Pdf (Erişim Tarihi: 04.04. 2012).

Ek. 8 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği



Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-17
Konu : Tez Çalışması

05.10. / 2011

Sn. Öğr. Gör. Şengül AKDENİZ
Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokul Müdürlüğü

İlgi: 27.12.2010 tarih 16080 Hastane Evrak kayıt numaralı dilekçe,

İlgide kayıtlı dilekçenizle “Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Dorothe E. Orem Modeline Göre Hasta Eğitiminin Semptom Yöntemine Etkisi” konulu doktora tez çalışmanızı Hastanemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı bünyesinde yapma talebiniz tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Abdullah ERDOĞAN
Başhekim
Dekan Yardımcısı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA
Tel : (242) 249 62 90
Faks : (242) 249 60 40

Ek. 9 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KARDİYOLOJİ A.D.



Sayı : B.30.2.AKD.0.01.00.00/79.K/2010.12.29.0072-2496
Konu: Araştırma İzin Talebi

Tarih: 29/12/2010

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne

İLGİ : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-2643 sayılı ve 20.12.2010 tarihli yazı.

İlgide kayıtlı dilekçede adı geçen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmakta olan Öğrt.Gör. Şengül AKDENİZ, "**Kalp Yetmezliği Tanısı Alan Hastalarda Dorothe E. Orem Modeline Göre Hasta Eğitiminin Semptom Yöntemine Etkisi**" konulu doktora tez çalışmasını Anabilim dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Cengiz ERMİŞ
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkan Vekili

Gönderilen Birimler	
BİRİM	CEVAP
Hastane Başhekimliği	

Ek. 10 Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEğERLENDİRME KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/
Konu:

25/01/2011

KARAR

Kurulun Adı, Adresi : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Kurulu , Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dumlupınar Bulvarı Kampüs 07070/ANTALYA


Toplantı Tarihi ve Karar No : 25.01.2011/16

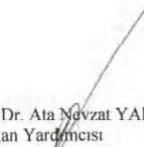
Araştırmanın tam adı : “Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Dorothe E. Orem Modeline Göre Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi”

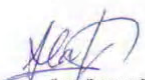
Sorumlu araştırıcının ismi : Doç.Dr. Zeynep ÖZER


Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr. Zeynep ÖZER tarafından yürütülecek olan “Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Dorothe E. Orem Modeline Göre Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi” adlı araştırmanın yapılmasında etik açısından sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

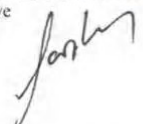
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.



Prof.Dr. Tülin AYDOğDU TTTZ
Başkan



Prof.Dr. Ata Nevzat YALCIN
Başkan Yardımcısı



Yrd.Doç.Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Raportör



Prof.Dr. Aysel AçAR
Üye (İzinli)

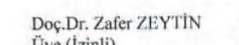

Prof.Dr. Gökhan ARSLAN
Üye



Prof.Dr. M. Akif IFTIOğLU
Üye (Katılmadı)



Prof. Dr. Yıldırım ÇETE
Üye


Prof.Dr. Mustafa ARAKUŐ
Üye


Prof.Dr. İ. Türker KÖKSAL
Üye


Doç.Dr. Zafer ZEYTİN
Üye (İzinli)


Yrd.Doç.Dr. Hakan GÜLKESEN
Üye


Ecz. Nurten ZEYBEK BOYACI
Üye

Ek. 11 Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Sağlığınız için etli yemeklere pişirme esnasında yağ ilave etmeyiniz.

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü
--> EĞİTİM ŞUBESİ

SAYI : B.10.4.ISM.04.07.00.09/821-04 -148
KONU: Tez Çalışması

15.02.2011

7676



Barkod No: 0220221

VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nün 27.12.2010 tarih ve 1706 sayılı yazısına istinaden, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı-İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisi Şengül AKDENİZ'in "Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Dorothe E. Orem Modeline Göre Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi" konulu tez çalışmasını Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Olur'larınıza arz ederim.

Dr. Adem BILGIN
İl Sağlık Müdürü

OLUR

15/02/2011

Metin BORAZAN
Vali a.
Vali Yardımcısı



İLETİŞİM

ADRES Toros Mh. Atatürk Bulv. No 74 PK 07070

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47
WEB: www.antalyasni.gov.tr

Detaylı Bilgi: Eğitim Şubesi

Dahilî Tel: 0 242 - 4434

E-Posta: egitim@antalyasni.gov.tr

Ek. 12 Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin Kullanım İzni



Ms C. Şengül Akendiz
Teaching assistant
Akdeniz University, Nursing College
Antalya/ Turkey

Dear Ms. Akdeniz,

Thank you for your interest in using the Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure (MSAS-HF). The MSAS-HF is a modification of the Memorial Symptom Assessment Scale developed by Portenoy and colleagues in 1994 and reported in their paper "The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress" published in the European Journal of Cancer.

I am pleased that you would like to use the instrument in your project. Please feel free to contact me if any questions at czambros@health.usf.edu

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Cheryl Zambroski". The signature is written in a cursive style.

Cheryl Zambroski PhD, RN
Interim Assistant Dean for Academics
Undergraduate Program
University of South Florida

Ek. 13 MSAS HF Orijinal Ölçek

MEMORIAL SYMPTOM ASSESSMENT SCALE-HEART FAILURE	
NAME/ ID#:	DATE:

SECTION 1:

INSTRUCTIONS: We have listed 26 symptoms below. Read each one carefully. If you have had the symptom during this past WEEK, let us know how OFTEN you had it, how SEVERE it was usually and how much it DISTRESSED OR BOTHERED you by circling the appropriate number. If you DID NOT HAVE the symptom, make an "X" in the box marked "DID NOT HAVE."

DURING THE PAST WEEK, Did you have any of the following symptoms?	DID NOT HAVE SYMPTOM	IF YES, How OFTEN did you have it?				IF YES, How SEVERE was it usually?				IF YES, How much did it DISTRESS or BOTHER you?				
		Rarely	Occasionally	Frequently	Almost constantly	Slight	Moderate	Severe	Very severe	Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
Difficulty concentrating	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Chest Pain	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Other Pain	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
		<i>Type/ Location of pain:</i> _____												
Cough	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling nervous	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dry mouth	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nausea	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling drowsy	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Numbness/tingling in hands/feet	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Difficulty sleeping	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling bloated	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

DURING THE PAST WEEK, Did you have any of the following symptoms?	DID NOT HAVE SYMPTOM	IF YES, How OFTEN did you have it?				IF YES, How SEVERE was it usually?				IF YES, How much did it DISTRESS or BOTHER you?				
		Rarely	Occasionally	Frequently	Almost constantly	Slight	Moderate	Severe	Very severe	Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Problem with urination														
Palpitations														
Lack of energy														
Waking up breathless at night														
Vomiting														
Shortness of breath														
Diarrhea														
Feeling sad														
Sweats														
Worrying														
Problems with sexual interest or activity														
Itching														
Lack of appetite														
Dizziness														
Feeling irritable														

SECTION 2:

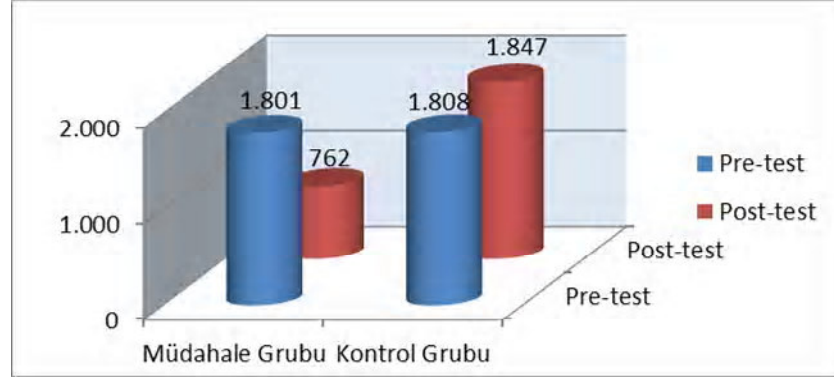
INSTRUCTIONS: We have listed 6 symptoms below. Read each one carefully. If you have had the symptom during the past week, let us know how SEVERE it was usually and how much it DISTRESSED OR BOTHERED you by circling the appropriate number. If you DID NOT HAVE the symptom, make an "X" in the box marked "DID NOT HAVE."

DURING THE PAST WEEK, Did you have any of the following symptoms?	DID NOT HAVE SYMPTOM	IF YES, How SEVERE was it usually?				IF YES, How much did it DISTRESS or BOTHER you?				
		Slight	Moderate	Severe	Very severe	Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Change in the way food tastes										
Weight loss	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Constipation	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Swelling of arms or legs	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Weight gain	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Difficulty breathing when lying flat	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	0	1	2	3	4

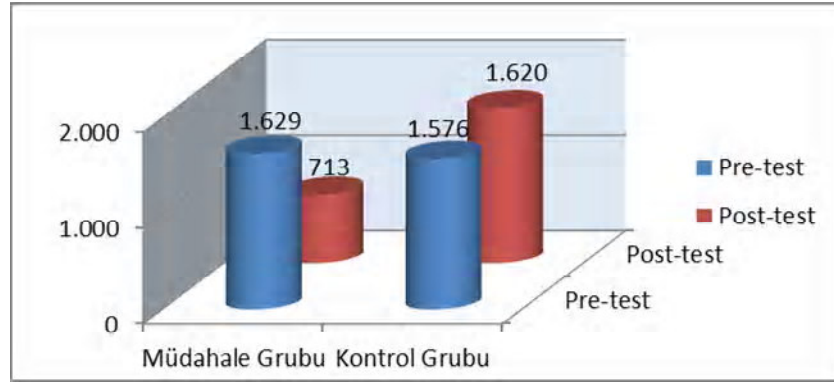
***IF YOU HAD ANY OTHER SYMPTOMS DURING THE PAST WEEK, PLEASE LIST BELOW AND INDICATE HOW MUCH THE SYMPTOM HAS DISTRESSED OR BOTHERED YOU.**

Other:	0	1	2	3	4
Other:	0	1	2	3	4
Other:	0	1	2	3	4

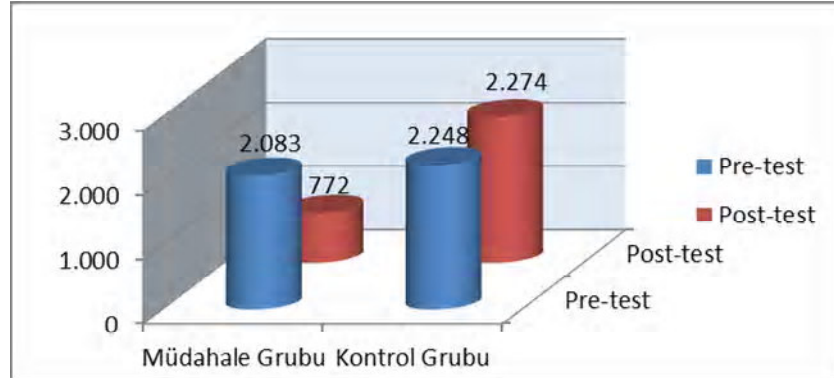
Ek Grafikler



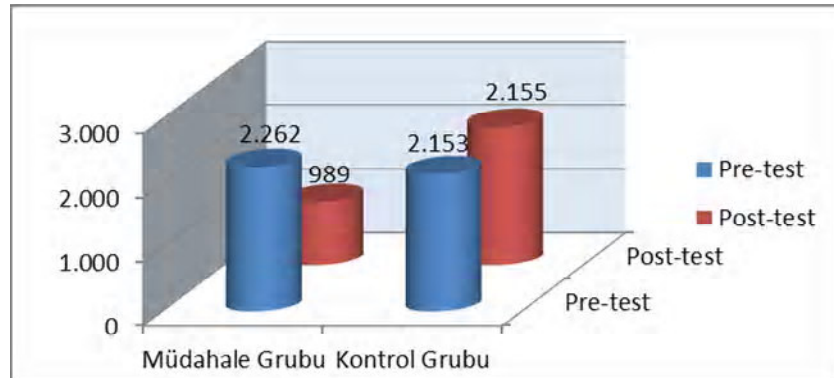
Grafik 1. Kalp Yetersizliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği



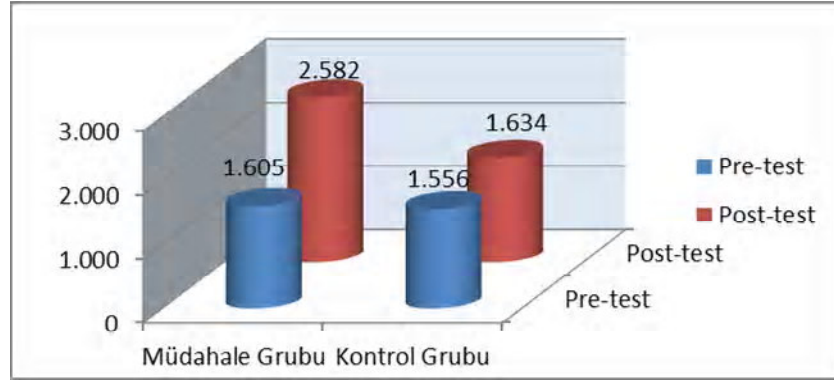
Grafik 2. MSAS-HF Fiziksel Alt Boyut



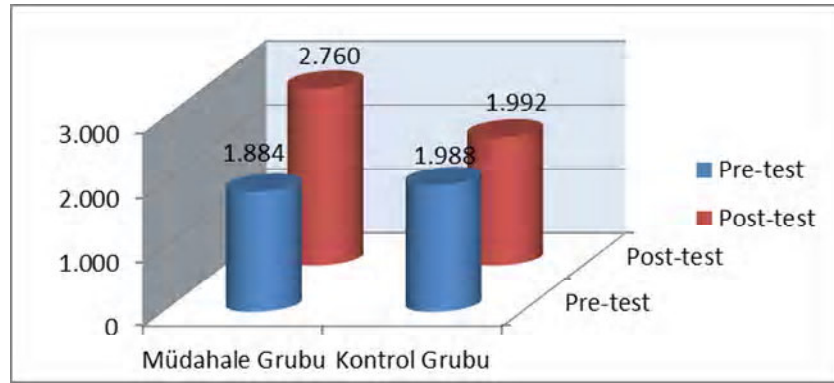
Grafik 3. MSAS-HF Psikolojik Alt Boyut



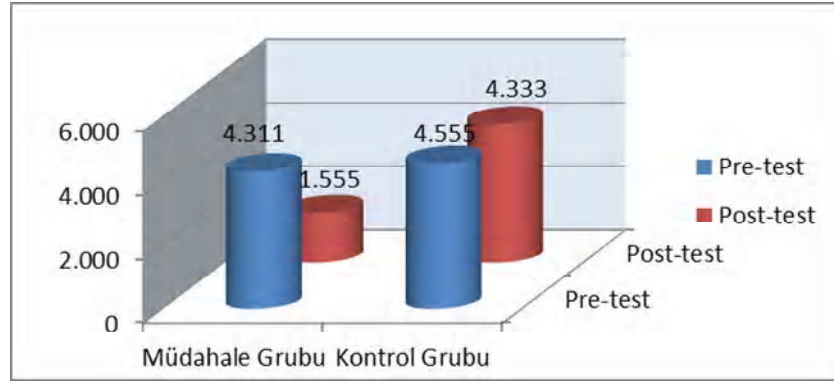
Grafik 4. MSAS-HF Kalp Yetersizliği Alt Boyut



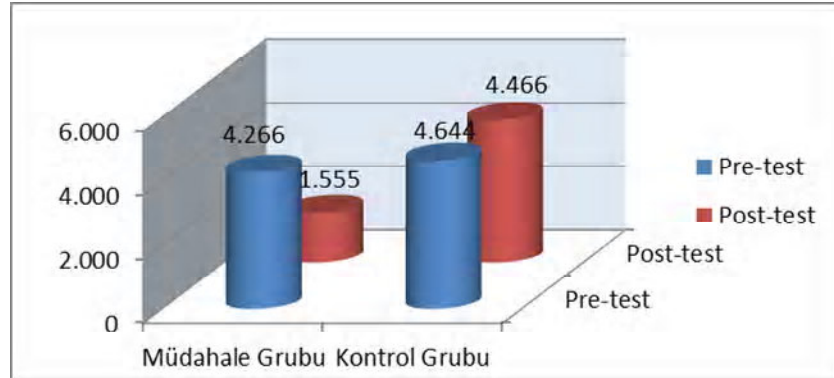
Grafik 5. Öz Bakım Gücü Ölçeği



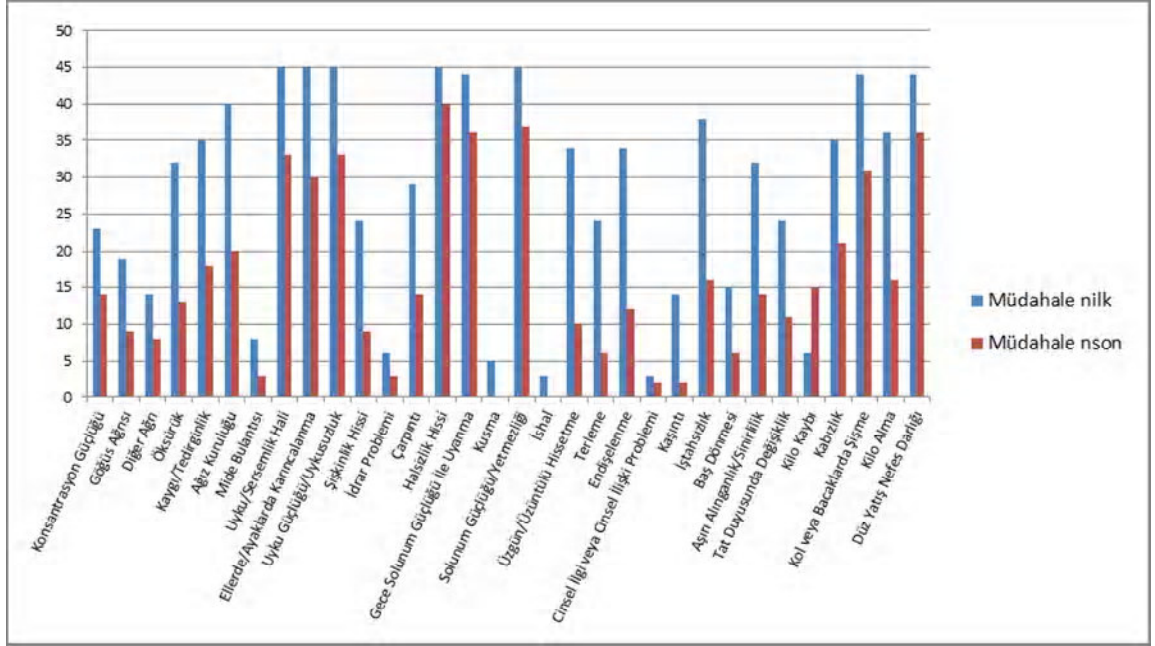
Grafik 6. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği



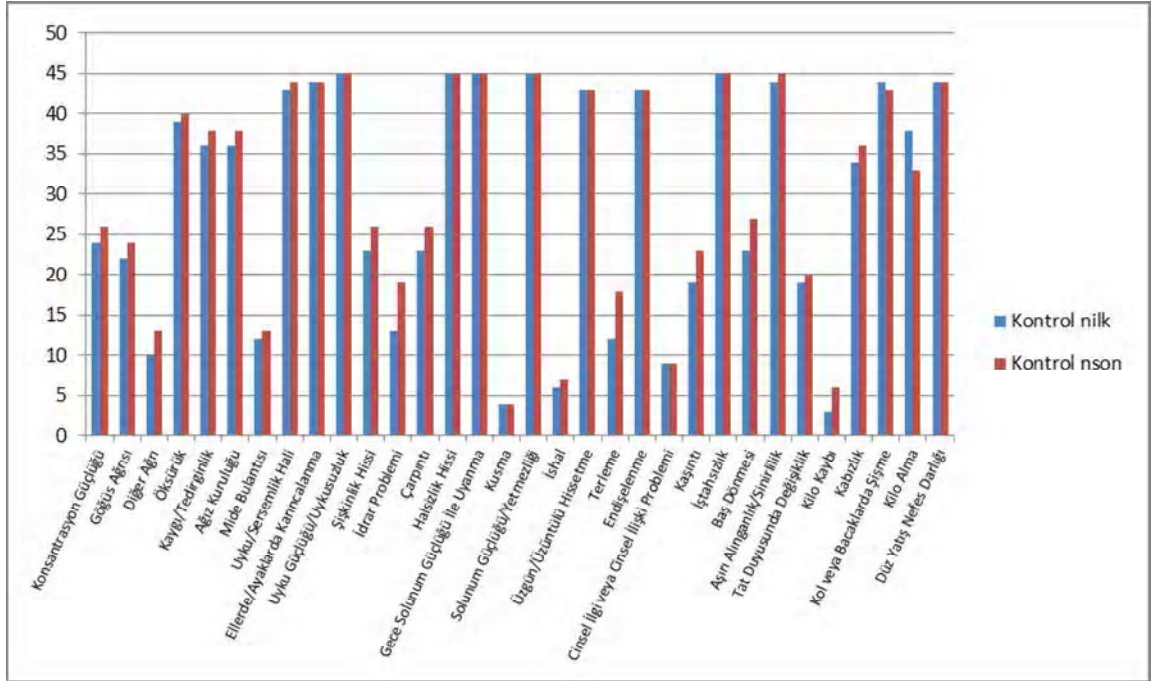
Grafik 7. Borg-Dispne Ölçeği



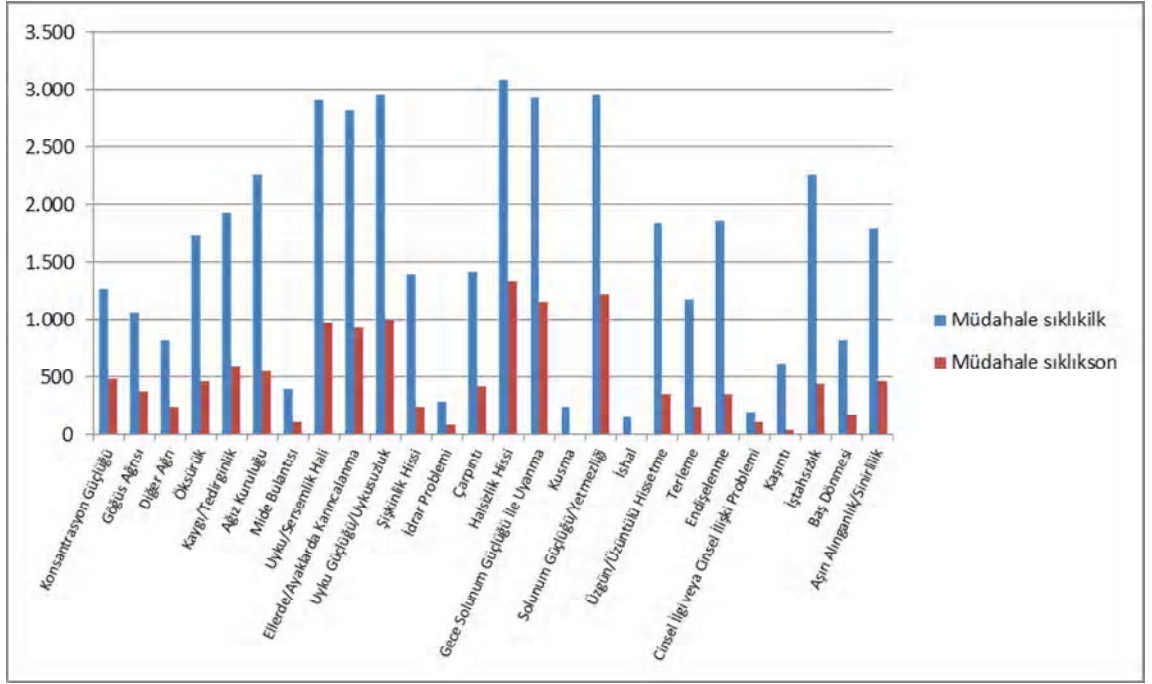
Grafik 8. Borg-Yorgunluk Ölçeği



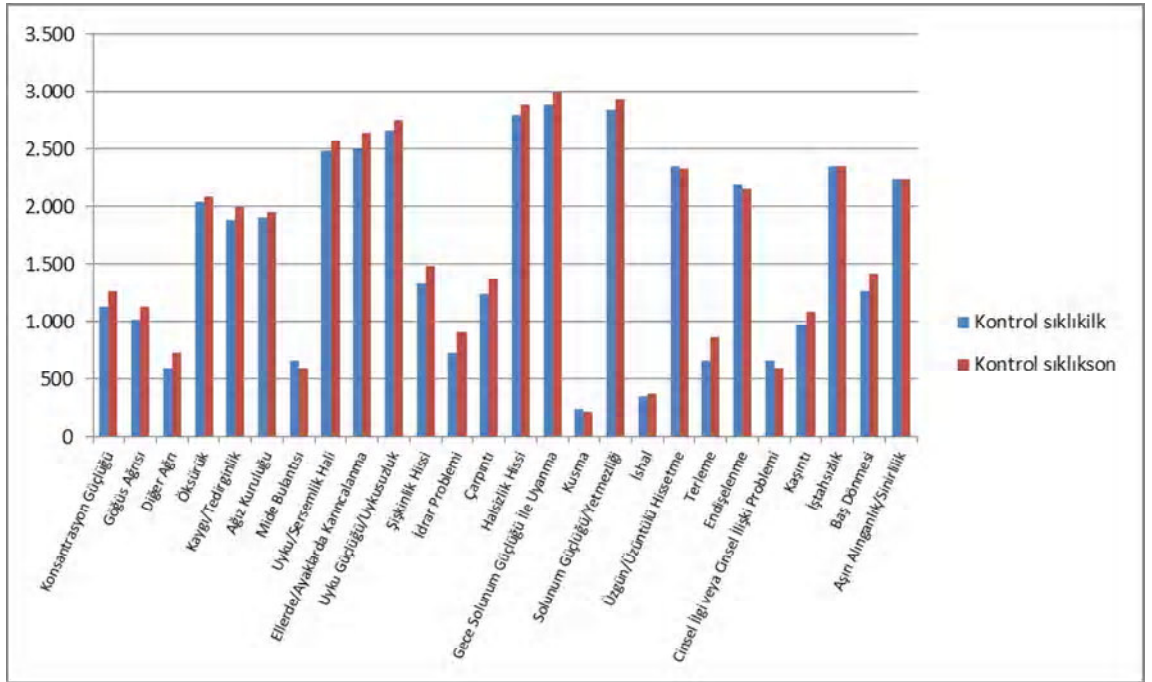
Grafik 9. Müdahale Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Semptom Sayıları



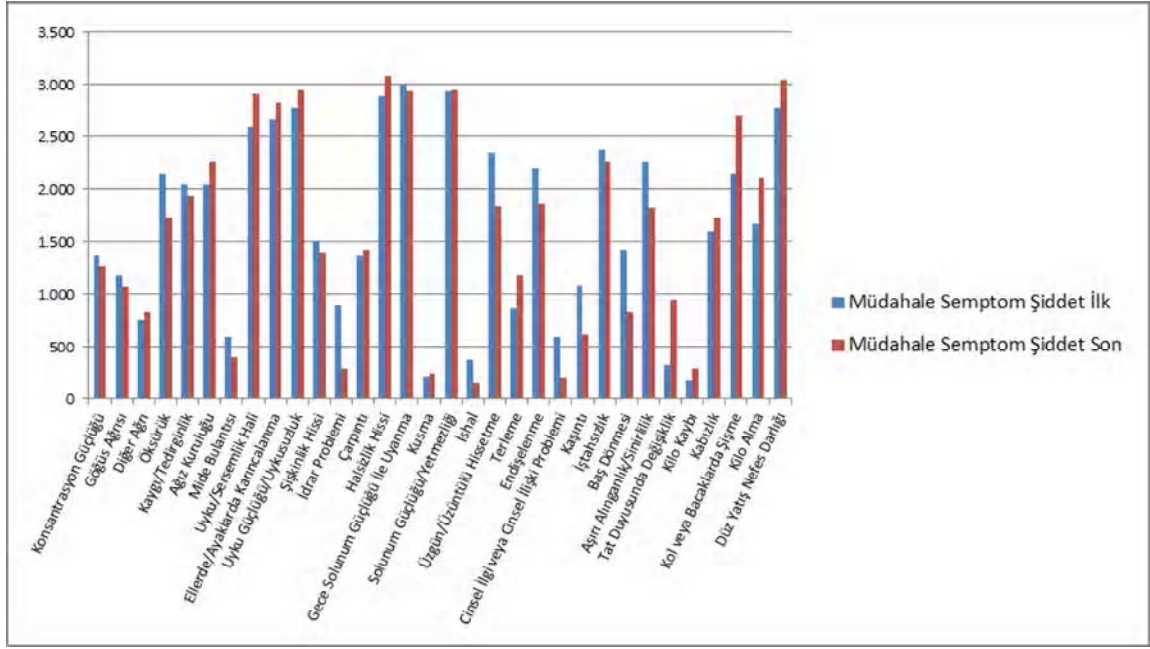
Grafik 10. Kontrol Grubundaki Bireylerin İlk Görüşme ve Son Görüşme Semptom Sayıları



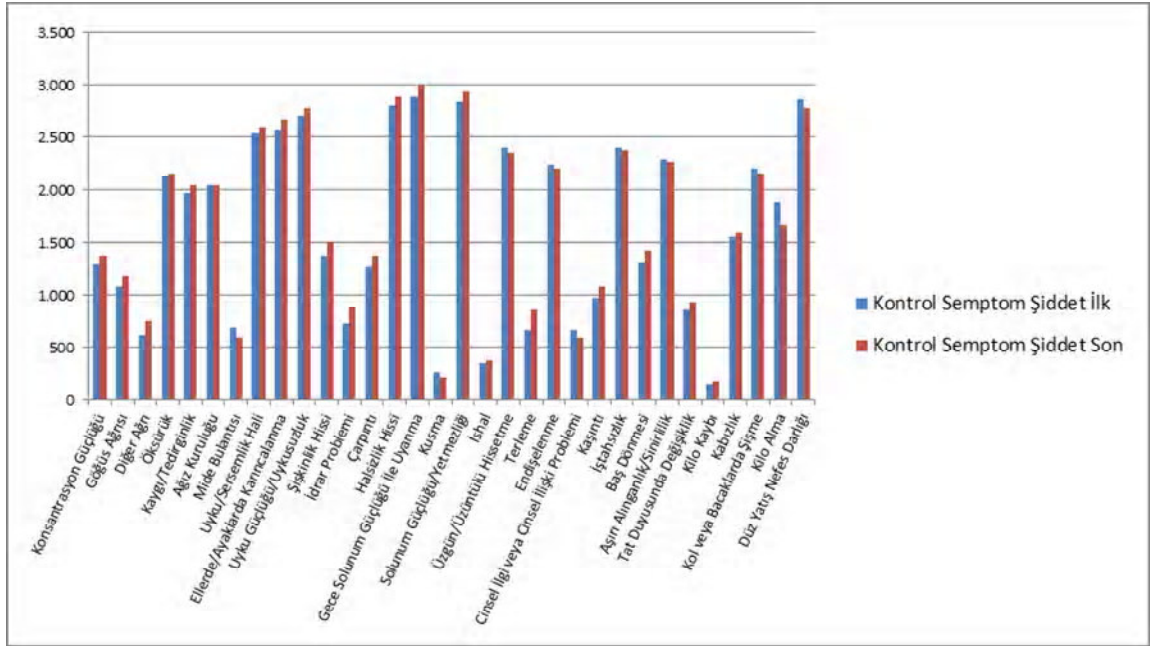
Grafik 11. Müdahale Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Semptom Sıklık Değerleri



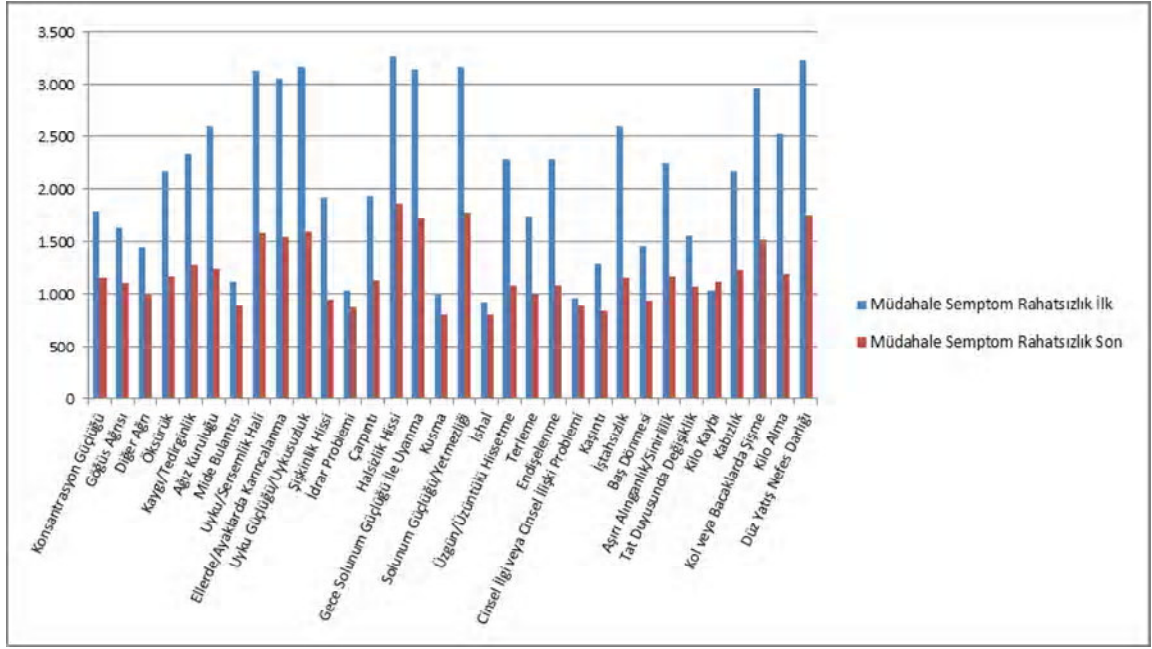
Grafik 12. Kontrol Grubundaki Bireylerin İlk Görüşme ve Son Görüşme Semptom Sıklık Değerleri



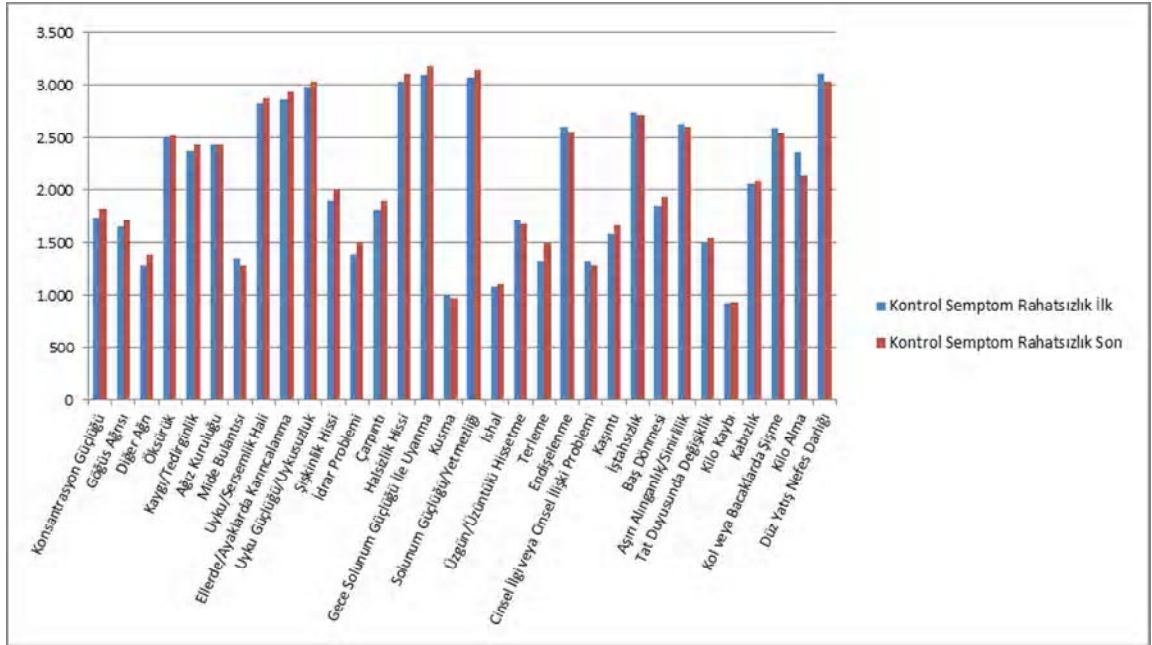
Grafik 13. Müdahale Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Semptom Şiddet Değerleri



Grafik 14. Kontrol Grubundaki Bireylerin İlk Görüşme ve Son Görüşme Semptom Şiddet Değerleri



Grafik 15. Müdahale Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Semptom Rahatsızlık Değerleri



Grafik 16. Kontrol Grubundaki Bireylerin İlk Görüşme ve Son Görüşme Semptom Rahatsızlık Değerleri

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Şengül AKDENİZ

Doğum Tarihi ve Yeri: 25.10.1978, Antalya

Telefon İş: 0242 2274536-6873

Yazışma Adresi: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu- Antalya

e-mail: sengulakdeniz07@gmail.com

EĞİTİM

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Süleyman Demirel Üniversitesi	1999
Y. Lisans	İç hastalıkları Hemşireliği	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2004

DENEYİMLER

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Reanimasyon Y.B.	1999-2002
Hemşire	Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Y.B.	2003-2005
Öğretim Görevlisi	Selçuk Üniversitesi Akşehir SYO	2005- 2010
Öğretim Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi S.H.M.YO	2010- Halen

YABANCI DİL

İngilizce

BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)

Akademik Geriatri Derneği

YAYINLAR

- Önay D, Akman M, **Akdeniz Ş.** Kacaroğlu Vicdan A. Breast-Feeding Behaviours of the Mothers, Pakistan Journal of Nutrition, 2009; 8 : 1126-1131
- Kacaroğlu Vicdan A, **Akdeniz Ş.** Afyonkarahisar İl Merkezi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İntravenöz Sıvı Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Hemşirelik Forumu, Kasım-Aralık, 2008; 11: 40-46
- Akdeniz Ş,** Gündüz E. S. **Temel Ve İleri Yaşam Desteğinde Hemşirelik 1.** Acil hemşireliği Kongresi, Kuşadası-Aydın, 30 Eylül – 2 Ekim 2011, Sözlü Bildiri

4. Kacaroglu Vicdan A, **Akdeniz Ş.** Hemşirelerin İntravenöz Kateteri Olan Hastalarda Flebit Gelişimine İlişkin Bilgileri ve Flebitli Hastalara Yaptıkları Uygulamalar, **11. İç Hastalıkları Kongresi**, 30 Eylül-4 Ekim (Sözel Bildiri 2009- Antalya)
5. Gündüz ES, **Akdeniz Ş.** **Acil Servis Hemşireliğinde Yasal Yenilikler** 1. Acil Hemşireliği Kongresi, Kuşadası-Aydın, 30 Eylül – 2 Ekim 2011, Poster Bildiri
6. **Akdeniz Ş,** Özpulat F, Koyun A. **Ömrün Son Baharı, Türk Geriatri 2010 "4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi"** 1-4 Nisan 2010 İZMİR, Poster Bildiri
7. Koyun A, Özpulat F, **Akdeniz Ş.** **Bir Yaşlanma Teorisi: Serbest Radikaller, Türk Geriatri 2010 "4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi"** 1-4 Nisan 2010 İZMİR, Poster Bildiri
8. Özpulat F, Koyun A, **Akdeniz Ş.** **Yaşlanan Toplum, Yaşlı İstismarı Ve İhmali, Türk Geriatri 2010 "4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi"** 1-4 Nisan 2010 İZMİR, Poster Bildiri
9. **Özpulat F., Koyun A., Akdeniz Ş,** **Yaşlı İstismarı Ve İhmali, Türk Geriatri 2010 "4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi"** 1-4 Nisan 2010 İZMİR, Poster Bildiri
10. Özpulat F, **Akdeniz Ş,** Koyun A. **Düşmeye Bağlı Ev Kazaları Ve Yaşlı Güvenliği, Türk Geriatri 2010 "4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi"** 1-4 Nisan 2010 İZMİR, Poster Bildiri
11. **Akdeniz Ş,** Kacaroglu Vicdan A, Kaya A. **Malpraktis Kavramı 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi**, 2-4 Kasım 2009 İSTANBUL, Poster Bildiri
12. **Akdeniz Ş,** Kacaroglu Vicdan A. **Joanna Briggs Enstitüsü'nün Kanıt Dayalı Sağlık Bakım Modeli Ve Kanıt Düzeyleri**, **11. İç Hastalıkları Kongresi**,30 Eylül-4 Ekim (Poster Bildiri 2009- Antalya)
13. Kacaroglu Vicdan A, **Akdeniz Ş.** Dinler Açısından Ötenazi **11. İç Hastalıkları Kongresi**, 30 Eylül-4 Ekim (Poster Bildiri 2009- Antalya)
14. **Akdeniz Ş,** Kacaroglu Vicdan A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi Konusunda Hemşirelik Yaklaşımları, **9. İç Hastalıkları Kongresi** (Poster Bildiri 2007- Antalya)