



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMUNUN ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ebru BABA

Samsun

TEMMUZ - 2018



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL
UYUMUNUN ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ebru BABA

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA**

**Samsun
TEMMUZ - 2018**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ebru BABA tarafından Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA Danışmanlığında hazırlanan “Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Psikososyal Uyumunun Öz Bakım Davranışları Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 02/07/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Mehtap TAN, Atatürk Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

24.07.2018


Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında, yoğun iş çalışmalarına karşın bana büyük destek ve emek veren, beni olumlu düşünmeye teşvik eden ve farklı bakış açıları kazandıran, beni motive eden, bilgi yükü ve donanımıyla kendime her zaman örnek alacağım tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA'ya,

Yüksek lisans serüvenine birlikte çıktığım yol arkadaşım Sayın Ebru KAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini hep üzerimde hissettiğim, motivasyonum düştüğünde elinden geleni yapan arkadaşlarım Sayın Yılmaz DELİKTAŞ ve Damla ARTAN'a,

Araştırmanın yapıldığı Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği, Kardiyoloji Kliniği ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesi tüm çalışanlarına,

Çalışmaya katılarak tezin verilerinin elde edilmesine katkı sağlayan tüm hastalara,

Bugüne kadar gelip bu başarıyı göstermemde en büyük emekleri, hayatımın her döneminde yanımda olmaları, sabır anlayış ve sevgiyle beni destekledikleri için çok değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMUNUN ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal – Metot: Araştırma; Mart-Ağustos 2017 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği, Kardiyoloji Kliniği ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yürütülmüştür. Araştırma örneklemini araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 130 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren “Hasta Tanıtım formu”, psikososyal uyumu değerlendirmek için “Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)”, öz bakım davranışlarını değerlendirmek için “Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12 (AKYÖ)” kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, bağımsız örnekler t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması $65,8 \pm 10,8$ olarak bulunmuştur. Hastaların AKYÖ toplam puan ortalaması $31,2 \pm 5,6$ olarak belirlenmiş olup öz bakım davranışlarının yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. PAIS-SR ölçek toplam puan ortalaması $51,1 \pm 17,3$ olarak belirlenmiş olup hastaların psikososyal uyumunun kötü uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir. PAIS-SR alt boyutlarında en yüksek puan ortalaması $10,4 \pm 3,9$ ile mesleki çevre alt boyutunda iken en düşük puan ortalaması ise $2,3 \pm 2,4$ ile geniş aile ilişkileri alt boyutundadır.

Sonuç: Bu araştırmada öz bakım davranışlarının psikososyal uyum düzeyinden etkilenmediği belirlenmiştir. Ancak sağlık bakımına uyumun öz bakım davranışlarını etkilediği, sağlık bakımına uyum arttıkça öz bakım davranışlarının da arttığı saptanmıştır. KY olan hastalarda öz bakım davranışlarının ve psikososyal uyumun belirlenmesi ve geliştirilmesi hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; Kalp yetmezliği; Öz bakım; Psikososyal uyum.

Ebru BABA, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Temmuz - 2018

ABSTRACT

THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT ON SELF CARE BEHAVIORS IN PATIENTS WITH HEARTH FAILURE

Aim: This research is made for determining the factors of psychosocial adjustment on self care behaviors of the patients' who has heart failure.

Material and Method: This research was conducted between March and August 2017 at the Cardiology Clinic of Samsun Education and Research Hospital and Coronary Intensive Care Unit. The research sample consisted of 130 patients who met the criteria for inclusion in the study. In the collection of data "Patient Presentation Form", which contains the introductory information of the patients, to evaluate psychosocial adjustment "Psychosocial Adjustment Self-Report Scale for Disease (PAIS-SR)" and in order to evaluate self-care behaviours "European Heart Failure Self-Care Behavior Scale" were used. In the analysis of the data, frequency, average, standart deviation, Mann Whitney U test, Kruskall Wallis test, independent samples t test, one way variance analysis (ANOVA), Spearman correlation analysis were used.

Results: The average of age has been calculated as 65.8 ± 10.8 . Total score average of the patients has been determined as 31.2 ± 5.6 and the self-care behaviors have found to be sufficient. PAIS - SR scale total point avarage has established as 51.1 ± 17.3 which shows that patients' psychosocial adjustment is in bad adjustment state. The highest score in the PAIS-SR subscale is 10.4 ± 3.9 in the occupational environment subscale, while the lowest in the PAIS-SR subscale is 2.3 ± 2.4 in the broad family relationship subscale.

Conclusion: In our research, self-care behaviors were not affected by psychosocial adjustment level. However, it has been found that self-care behaviors affect health care compliance and self care behaviors increase when health care compliance increases. The identification and development of self-care behaviors and psychosocial adjustment in patients with heart failure should be an important part of nursing practice.

Keywords: Heart failure; Nurse; Psychosocial adjustment; Self care.

Ebru BABA, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, July - 2018

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE-İ	:Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
AHA	:American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
AKYÖ	:Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12
AMI	:Akut Miyokard İnfarktüsü
ARB	:Anjiotensin Reseptör İnhibitörleri
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
BNP	:Brain Natriüretik Peptid
DM	:Diabetes Mellitus
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EF	:Ejeksiyon Fraksiyonu
EKG	:Elektrokardiyografi
EKO	:Ekokardiyografi
ESC	:European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti)
HAPPY	:Heart Failure Prevalence and Predictor in Turkey (Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördüğüleri Çalışması)
HT	:Hipertansiyon
ICD	:İmplant Edilebilen Cardioverter Defibrilatör
KAH	:Koroner Arter Hastalığı
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KRT	:Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi
KVH	:Kardiyovasküler Hastalık
KY	:Kalp Yetmezliği
KYBÜ	:Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
MI	:Miyokard İnfarktüsü
NP	:Natriüretik Peptid
NT – proBNP	:Natriüretik Terminal pro BNP
NYHA	:New York Heart Association (New York Kalp Birliği)
PND	:Paroksizmal Nokturnal Dispne
PAIS - SR	:Psychosocial Adjustment to Illness Sacale-Self Report (Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği)
SEAH	:Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
SVEF	:Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu
S3	:Üçüncü Kalp Sesi
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:World Health Organization
ark.	:Arkadaşları
F	:Tek Yönlü Varyans Analizi Test İstatistiği
X²	:Kruskal – Wallis Analizi
Max	:Maksimum
Min	:Minimum
n	:Olgu Sayısı
p	:Anlamlılık Düzeyi
t	:Bağımsız Örnekler t Test İstatistiği
U	:Mann – Whitney U Testi
%	:Yüzde

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalp Yetmezliği	4
2.1.1. Kalp Yetmezliği İnsidans ve Prevelansı	4
2.1.2. Kalp Yetmezliği Etiyolojisi	5
2.1.3. Kalp Yetmezliği Fizyopatolojisi.....	6
2.1.4. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması ve Evrelendirilmesi	8
2.1.5. Kalp Yetmezliği Tipleri.....	8
2.1.6. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları	11
2.1.7. Kalp Yetmezliğinde Tanı	11
2.1.8. Kalp Yetmezliğinde Tedavi.....	15
2.1.9. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı	18
2.2. Kalp Yetmezliği ve Psikososyal Uyum.....	21
2.2.1. Psikososyal Uyumu Etkileyen Etmenler	23
2.2.2. Kalp Yetmezliğine Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları.....	25
2.3. Öz Bakım ve Öz Bakım Davranışları.....	26
2.3.1. Kalp Yetmezliğinde Öz Bakım Davranışları ve Hemşirelik Yaklaşımları ...	27
2.4. Psikososyal Uyum ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki	29

3. MATERYAL VE METOT	31
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.3.1. Ön Uygulama.....	32
3.4. Verilerin Toplanması	32
3.4.1. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi	32
3.4.2. Veri Toplama Araçları.....	33
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.6. İstatistiksel Değerlendirme.....	35
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı	36
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler	71
KAYNAKLAR	73
EKLER	84
EK 1: Anket Formu	84
EK 2: Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS – SR)	87
EK 3: Avrupa Kalp Yetmezliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği-12 (AKYÖ).....	94
EK 4: OMÜ Etik Kurul İzni.....	95
EK 5: Samsun Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlik İzni	96
EK 6: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Etik Kurul İzni	97
EK 7: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği İzni	99

EK 8: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12 (AKYÖ) İzni ..	100
ÖZGEÇMİŞ	101



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada kronik hastalıklara bağlı gerçekleşen ölümlerin 17,9 milyonu (%46'sı) kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir (World Health Organization, WHO, 2014). Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association, AHA) Kalp Hastalıkları ve İnme 2015 İstatistikleri'ne göre Amerika'da 20 yaş üstü bireylerde 5,7 milyon kalp yetmezliği hastasının olduğu ve bu sayıya her yıl 870,000 yeni kalp yetmezliği vakasının eklendiği bildirilmiştir ve 2013 yılı verilerine bakıldığında 600,000 kişi kalp hastalığı nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (Mozaffarian ve ark., 2015).

Türkiye'de kardiyovasküler sisteme ilişkin hastalıklara bağlı ölümler %39,7 ile başı çekmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK, 2017). Kronik hastalıklar arasında kalp hastalıklarının, özellikle birden çok hastalığın (Diabetes Mellitus (DM), obezite, hipertansiyon (HT), kronik böbrek yetmezliği (KBY) vb.) kalp üzerine etkisinden kaynaklanan kalp yetmezliğinin önemli bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir (Değertekin ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2013; Akbıyık ve ark., 2016).

Kalp yetmezliğine (KY) ilişkin yapılan Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri (HAPPY) çalışmasında (2012), 35 yaş üstü 5,000 erişkin birey çalışma kapsamına alınmış ve bu çalışmada KY prevalansı %2,9, asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu %4,8 olarak bulunmuştur (Değertekin ve ark., 2012).

Uyum, bireyin iç ve dış çevresinde gerçekleşen değişikliklere karşı uygun tutum ve davranışları sergileyebilmesi ve duruma alışma sürecidir (Kaçmaz, 2003). Psikososyal uyum bireyin iş, aile, sosyal ve cinsel yaşamını, kendi sağlık bakımına uyumu ile psikolojik durumunu içermektedir (Mauro, 2008). KY'nde hastalığa gösterilen uyum büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle tedavideki temel amaç; hasta bireyin hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, yaşam tarzında birtakım düzenlemeler yapması konusunda bilinçlendirilmesi, planlanan bakım aktivitelerine etkili katılımı ve işbirliği ile bireylerin fiziksel ve psikososyal sorunlarla baş etmesini sağlayarak yaşam kalitesi ve süresini arttırmak, bireyin öz bakım davranışlarını yerine getirmesini sağlamak yani hastalığın birey tarafından etkin olarak yönetilmesini sağlamaktır (Baydemir ve ark., 2013; Özer ve Sezgin, 2015; Pour ve ark., 2016).

KY'nde tedavi ve bakım, atak dönemleri hariç çoğu zaman bireyin sosyal çevresinde öz bakım ile sağlanmaktadır. Öz bakım, yetişkin bir bireyin sağlığını ve

iyilik halini korumak ve devam ettirmek için gerekli olan aktivitelere katılımının sürekli olmasıdır (Badır Durademiir, 2005). Hastalık halinde hastalığın şiddetini azaltmak, semptomları gidermek ve kontrolü sağlamak için ise periyodik izlem, destek bakım ve öz bakım gerekir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Tüm sorumluluğun bireyde toplanması hastalığın getirdiği ciddi semptomlar ile baş etmeyi ve hastalığa psikososyal uyumu güçleştirmektedir. KY, bireyin bağımsızlığını ve günlük yaşam aktivitelerini azaltarak psikososyal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Jeon ve ark., 2010). KY'nde; semptomların yaşamı tehdit edici olması, sık tekrarlayan acil durumlar ve hastaneye tekrarlı yatışlar hastalığa, semptomlara ve yaşama uyumu zorlaştırmaktadır (Özer, 2010). KY tanısı alan bireylerde keder, öfke, çaresizlik, ağlama nöbetleri, ümitsizlik, kaygı, içe çekilme, aile ve iş yaşamındaki rollerde kayıp, özgüven kaybı, ölüm korkusu, bir başkasına muhtaç olacağı düşüncesi, beden imajında ve yaşam tarzında değişiklik, depresif görünüm, sosyal izolasyon gibi durumlar psikososyal uyumun sağlanamadığını gösterir (Akın ve Durna, 2006; Karadokovan ve Eti Aslan, 2010).

KY'nde öz bakım; semptomların ortaya çıkışını anlayabilmek ve semptomlarla baş edebilmek için gereklidir (Avila ve ark. 2013; Pour ve ark., 2016). Bireyin öz bakım yeteneğini kullanabilmesi için bireyde var olması gereken özellikler; kendine dikkat etme, kendini önemseme, sahip olduğu fiziksel gücünü kullanma ve kontrol etme, karar verirken öz bakım bilinciyle düşünme, motivasyon, öz bakım kararını verme ve eyleme geçirme, aktivitelerini düzenleme ve uygularken devamlılığı sağlamadır (Pour ve ark., 2016). Öz bakım davranışlarını gerçekleştirmek için psikososyal uyuma, psikososyal uyum için ise öz bakım bilincine sahip olmak gereklidir (Hançerlioğlu, 2014).

KY'nde hastalık ve kişilik özelliklerinin etkisi ile psikososyal uyumsuzluk yaşanması, fiziksel sorunların şiddetini arttırmakta ve pek çok sorunu beraberinde getirmektedir. Hastalığın yönetiminde öz bakım davranışlarının yapılmaması hastaneye tekrarlı yatışlara ve yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesine neden olur (Türkmen ve Çam, 2012). KY tanısı alan bireyin hastalığa fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumunun sağlanmasında ve öz bakım davranışlarını yerine getirmesinde yardımcı olacak en önemli kişiler hemşirelerdir (Yılmaz ve Ergün, 2010). Hemşirelik bakımının amacı, öz bakım gereksinimlerini belirleme ve gidermede bireylere yardımcı olmaktır (Savaşan, 2009). Hemşireler, hastanın terapötik öz bakımıyla baş etmesinde yardımcı olur, öz bakım davranışlarını tek başına yapabilmesi için hastayı teşvik eder,

danışmanlık rolüyle hastanın bakımını sağlama ve sürdürmede aileyi ya da bakımdan sorumlu kişileri bilgilendirir (Badır Durademir, 2005). Görüldüğü üzere hemşireler, hasta bireylerin temel bakımından ve öz bakım yeteneklerini geliştirmesinden sorumludur. Bu nedenle hemşireler; hasta bireylerin öz bakım davranışlarını ve etkileyen etmenleri bilmeli, tanıyabilmeli ve hemşirelik girişimlerini planlayabilmelidir (Akbıyık ve ark., 2016).

KY tanısı alan bireyler için önemli iki kavram olan psikososyal uyum ve öz bakım davranışlarına ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır (Akın ve Durna, 2006; Baydemir ve ark., 2013; Akbıyık ve ark., 2016; Pour ve ark., 2016). Dolayısıyla bu araştırmada KY olan hastalarda psikososyal uyumun öz bakım davranışları üzerine etkisi incelenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma KY olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

1. KY olan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyumu nasıl dağılım göstermektedir?
2. KY olan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyumu nasıl dağılım göstermektedir?
3. KY olan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum alt boyutları nasıl dağılım göstermektedir?
4. KY olan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum alt boyutları nasıl dağılım göstermektedir?
5. KY olan hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyi nedir?
6. KY olan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre öz bakım davranışları nasıl dağılım göstermektedir?
7. KY olan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre öz bakım davranışları nasıl dağılım göstermektedir?
8. KY olan hastaların öz bakım davranış düzeyi nedir?
9. KY olan hastaların psikososyal uyum ve alt boyutları ile öz bakım davranışları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği (KY), psikolojik ve fizyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan, ilerleyici semptomların eşlik ettiği, geriye dönüşü olmayan, kronik seyirli klinik bir sendromdur (Alkan, 2014; Doğru ve Karadokovan, 2016; Tokgözoğlu ve ark., erişim: 17.1.2017).

KY, sol ventrikül disfonksiyonu sonucu kalbin dokuların metabolik gereksinimlerini temin edecek miktardaki kanı perifere ve hayati organlara (kalbe ve beyne) iletememesi ya da bunu yüksek kardiyak dolum basınçları ile ancak karşılayabildiği sistemik bir tablodur (McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Tokgözoğlu ve ark., erişim: 17.1.2017). Kalbin pompalama gücünün azalmasıyla dinlenme ya da fiziksel aktivite sırasında nefes darlığı, yorgunluk, halsizlik, taşikardi, taşipne, pulmoner raller, juguler venlerde dolgunluk, ayak bileklerinde ödem, periferik ödem ve hepatomegali gibi semptomlar görülür (McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Tokgözoğlu ve ark., erişim: 17.1.2017). KY, belirti ve bulguların birleşimiyle oluşan farklı hastalık gruplarının son evresini düşündüren bir çok kardiyovasküler bozukluğun birleşimi olan bir sendromdur (Yancy ve ark., 2013).

2.1.1. Kalp Yetmezliği İnsidans ve Prevelansı

2013 yılında Amerika'da kalp hastalığı nedeniyle yaklaşık 600,000 kişi yaşamını kaybetmiştir (Mozaffarian ve ark., 2015). AHA 2015 verileri incelendiğinde Amerikan toplumunda 20 yaş ve üstü bireylerde 5,7 milyon KY tanısı olan birey olduğu ve bu sayıya her yıl 870,000 yeni tanı almış birey eklendiği görülmüştür. Verilere bakıldığında 2030 yılına kadar KY olgularının %46 artacağı öngörülmektedir (Mozaffarian ve ark., 2015). KY nedeniyle yılda 58309 ölüm, 1,023,000 hastaneye yatış olduğu belirtilmiştir (Mozaffarian ve ark., 2015).

Gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun %1 -2'sinde KY görülürken, 70 yaş ve üzerindeki bireylerde bu oran >%10'a kadar yükselmiştir (McMurray ve ark., 2012). Avrupa'daki 51 ülkede 900 milyonluk nüfusun 15 milyonunda KY tanısı bulunmaktadır. KY olan bireylerin %40'ının bir yıl içerisinde hastaneye yatma durumlarının olduğu belirtilmiştir (Stromberg ve Dickstein, 2008).

TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017 verilerine göre kardiyovasküler sisteme ilişkin hastalıklara bağlı ölümler %39,7 ile başı çekmektedir (TÜİK, 2017). Türkiye genelinde 300,000'i kadın 540,000'i erkek olmak üzere 840,000 KY tanısı olan birey bulunmaktadır. Ayrıca KY için risk altında olan 3,700,000 kişi vardır (Değertekin ve ark., 2012). KY'ne ilişkin yapılan HAPPY çalışmasında; 35 yaş üstü 5,000 erişkin birey çalışma kapsamına alınmış ve yapılan bu çalışmada KY prevalansı %2,9; asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu %4,8 olarak saptanmıştır (Değertekin ve ark., 2012). 2010 yılı kayıtlarına göre Türkiye'de 35 yaş üstü nüfusun 29,600,000 olduğu ve 2,424,000 bireyde KY olduğu belirlenmiştir (Değertekin ve ark., 2012).

Ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri incelendiğinde kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar ilk sıradadır (WHO, 2014; TÜİK, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2012 yılı verilerine göre dünyadaki 56 milyon ölümün 38 milyonu (%68) kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları) sebebiyle gerçekleşmiştir. Kronik hastalıklara bağlı gerçekleşen ölümlerin 17,9 milyonu (%46'sı) kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir (WHO, 2014). Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerindeki gelişmelere paralel olarak koroner arter hastalıkları (KAH), miyokard infarktüsü (MI), HT ve DM gibi nedenlerle ölümlerin azalması, yaşam süresinin uzaması KY insidansında artışa neden olmuştur (Tokgözoğlu ve ark., erişim: 17.1.2017).

2.1.2. Kalp Yetmezliği Etiyolojisi

KAH ve HT, KY'nin en sık rastlanan nedenleridir (İlerigelen, 2010; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Badır, 2014). KAH ve HT'a bağlı gelişen miyokarddaki iskemi sonucu hipoksi ve laktik asit birikmesiyle oluşan asidoz tablosu miyokard hücrelerinin ölmesine neden olur ve miyokard kontraktilitesi bozular. Kalbin iş yükünü arttıran sistemik ve pulmoner hipertansiyona bağlı olarak miyokard hipertrofisi gelişir ve diyastol sırasında ventriküllerin dolun yeteneği bozular (Akın, 2013). Kardiyomiyopati miyokard kontraktilitesini bozan bir diğer nedendir. Kardiyomiyopati idiyopatik olabileceği gibi miyokardit gibi inflamatuvar hastalıklara, gebelik, alkol ve adriamisin gibi sitotoksik tedavilere bağlı olarak da gelişebilir. Miyokard kontraktilitesi bir süre sonra KY ile sonuçlanır.

Ritim bozukluğu ve kalp kapağı hastalıkları, ateş, tritoksikoz gibi nedenlerle metabolizmanın hızlanması, demir birikimi, hipoksi, anemi ve serum elektrolit

dengelesizlikleri KY nedenleri arasındadır (Akın, 2013). Ayrıca akut miyokard enfarktüsü (AMI) KY riskini 4 - 6 kat arttırmaktadır (Akın, 2013).

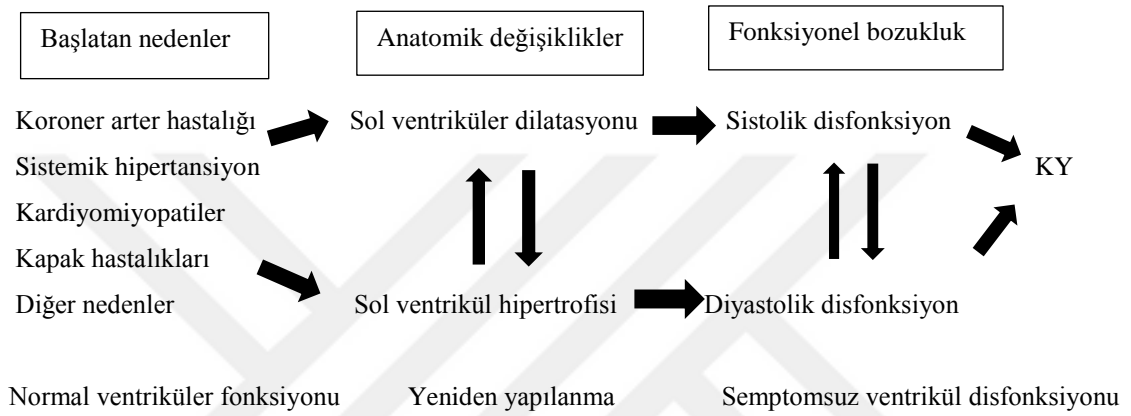
KY'ne zemin hazırlayan bir takım nedenler bulunmaktadır. Bunlar; DM, obezite, kronik akciğer hastalıkları, KBY, kalp kapak hastalığı, kalp ritim bozuklukları, doğumsal kalp hastalığı (Değertekin ve ark., 2012; Tokgözoğlu ve ark., erişim: 17.1.2017), ailede KY öyküsünün olması, sigara ve alkol kullanımı, kortikosteroid kullanımı, kalsiyum antagonistleri, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar gibi miyokardı deprese eden ya da tuz tutulumuna neden olan ilaçlar olarak sayılabilir. Ayrıca ilaçların düzgün kullanılmaması; doktor önerisi olmadan ilacın kesilmesi ya da doktorun önermediği başka ilaçların kullanımı, aşırı tuz tüketimi KY'nin kontrolünü güçleştirir (Smeltzer ve ark., 2010; Badır, 2014; Tokgözoğlu ve ark., erişim: 17.1.2017).

2.1.3. Kalp Yetmezliği Fizyopatolojisi

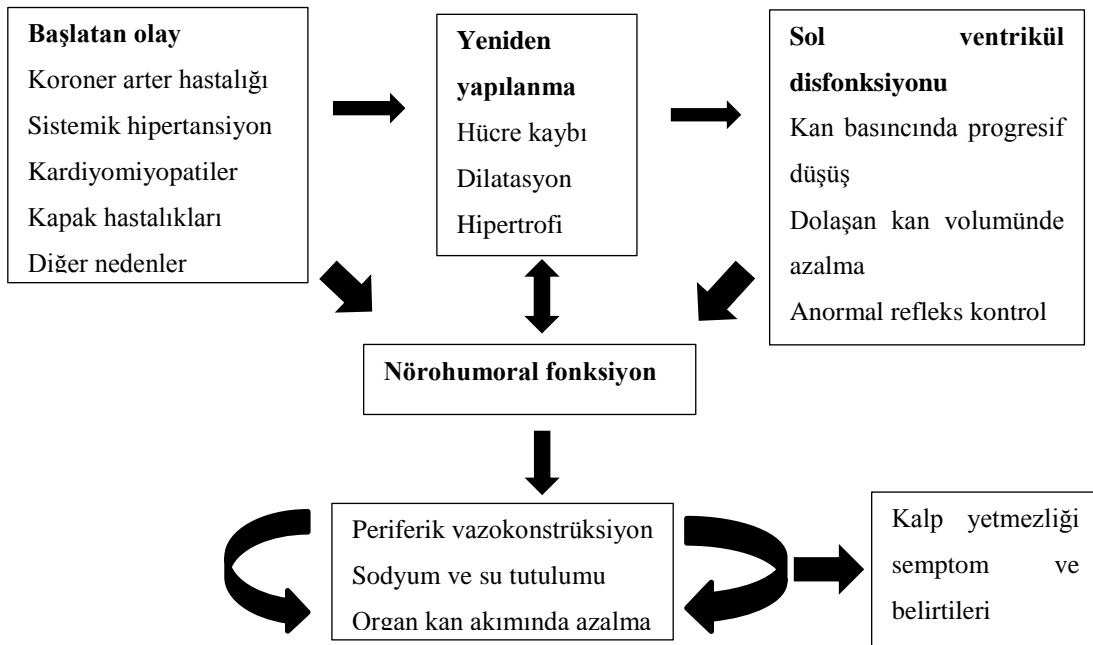
KY'ne yol açan faktörlerin etkisiyle sol ventrikül hipertrofisi veya dilatasyonuna bağlı gelişen sistolik veya diyastolik fonksiyonlardaki bozulma sonucu kalbin birim zamanda pompaladığı kan miktarı düşer. Sistolik fonksiyonlardaki bozulmanın çoğunlukla nedeni KAH iken diyastolik fonksiyonlardaki bozulmanın nedeni HT'dur (İlerigelen, 2010). Sol ventrikül hipertrofisi ya da dilatasyonu nedeniyle gelişen kalbin birim zamanda pompaladığı kan miktarındaki azalmaya organizmanın tepkisi, ikincil olarak gelişebilecek doku hipoperfüzyonunu kompanse etmek amacıyla nörohumoral sistemi devreye sokmak şeklindedir. Norepinefrin, anjiotensin II, aldosteron, endotelin ve sitokin düzeyleri artarak bir süre hipoperfüzyon kompanse edilmiş olur (Akın, 2013).

Nörohumoral aktivasyonunun etkisiyle deride, gastrointestinal sistemde ve böbreklerde gelişen vazokonstriksiyon sonucu bu bölgelere kan akımı azalır. Renal hipoperfüzyona tepki olarak renin ve anjiotensin salgınır. Kalbe ve hayati organlara kan akımını arttırmak amacıyla renin anjiotensin ve sempatik sinir sisteminin etkisiyle su ve sodyum tutulur, endotel disfonksiyonunun etkisiyle vazodilatasyon zorlaşır, koroner arterlerde gelişen vazokonstriksiyon daha da artar. Preload (ön yük) ve afterload (ard yük) giderek artar ve sonuç olarak miyokardın iş yükü artar. Devam eden vazokonstriksiyon miyokarda sunulan kan miktarının azalmasına yol açar. Miyositler zarar görür ve kayba uğrar. Miyokard kontraktilitesi, kardiyomiyositlerdeki hücresel değişikliklere (remodelling) bağlı bozulur. Miyokardda gelişen iskemiye bağlı

programlanmış hücre ölümü (apoptozis) başlar (İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014). Organizmanın lehine olan mekanizmalar bir süre sonra tükenir ve organizmanın aleyhine çalışır (İlerigelen, 2010). Elektriksel iletinin gecikmesi mekanik kontraksiyonu bozar ve ventrikülerde dissenkronizasyon gelişir. Papiller kas ve kalp kapaklarındaki değişiklikler nedeniyle mitral ve aortik kapakların açılması ve kapanması gecikir ve bozulur, kapak yetersizliği ile birlikte KY ortaya çıkar (Şekil 1. ve Şekil 2.) (İlerigelen, 2010; Akın, 2013).



Şekil 1. Kalp yetmezliğinin oluşum süreci (İlerigelen'den, 2010)



Şekil 2. Kalp yetmezliğinde nörohumoral aktivasyon (İlerigelen'den, 2010)

2.1.4. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması ve Evrelendirilmesi

KY'nin düzeyi, gidişatı ve risklerinin belirlenmesinde en sık tercih edilen iki sınıflandırma yöntemi vardır. New York Kalp Birliği (New York Heart Association, NYHA) sınıflandırmasında KY'nin işlevsel ve egzersiz kapasitesi, AHA sınıflandırmasında ise kalpteki yapısal anormallikler dikkate alınarak sınıflandırma yapılmaktadır (Tablo 1.) (Dickstein ve ark., 2008; Smeltzer ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013).

Tablo 1. Kalp yetmezliğinin sınıflandırılması ve evrelendirilmesi (Dickstein ve ark.'dan, 2008)

AHA kalp yemezliği evreleri		NYHA işlevsel sınıflandırma	
Kalp kasının yapısı ya da hasarı temelinde kalp yetmezliği evreleri		Semptomları ve fiziksel aktiviteyi temel alan ağırlık derecesi	
Evre A	KY gelişme riski yüksek. Saptanan herhangi bir yapısal ya da işlevsel anormallik yok; herhangi bir bulgu ya da semptom yok.	Sınıf I	Fiziksel hareketlerde kısıtlama yok. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açıyor
Evre B	KY gelişmesiyle yakından bağlantılı gelişmiş yapısal kalp hastalığı var, ancak herhangi bir bulgu ya da semptom yok.	Sınıf II	Hafif hareket kısıtlaması var. Dinlenme halinde rahat, rahat ancak olağan fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açıyor.
Evre C	Semptomatik kalp hastalığı ve altta yatan yapısal kalp hastalığı var.	Sınıf III	Belirgin hareket kısıtlaması var. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açıyor.
Evre D	Maximum tıbbi tedaviye rağmen gelişmiş yapısal kalp hastalığı ve dinleme halinde saptanmış kalp yetmezliği semptomları var.	Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinliği sürdürmüyor. Dinlenme sırasında semptomlar var. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artıyor.

2.1.5. Kalp Yetmezliği Tipleri

- Sistolik ve diyastolik kalp yetmezliği
- Akut ve kronik kalp yetmezliği
- Sağ ve sol kalp yetmezliği

- Yüksek ve düşük debili kalp yetmezliği

Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetmezliği

KY işlev bozukluğu şekline göre sistolik ve diyastolik olarak ikiye ayrılır (Zoghi, 2011; Akın, 2013). Diyastolik KY için diyastolik fonksiyon bozukluğu tek başına yeterli değildir. Diyastolik fonksiyon bozukluğu; ventriküllerin genişleme özelliğinin, doluş veya gevşemesinin bozulması olarak tanımlanabilir. Diyastolik KY için KY'nin semptomlarına ek olarak ekokardiyografi gibi objektif verilerin olması şarttır. Diyastolik KY sol ventrikül fonksiyonları korunmuş (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu/SVEF>%50) KY olarak da tanımlanmaktadır (Zoghi, 2011). KY semptomlarıyla birlikte sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun azaldığı (SVEF<%50) olgular ise sistolik KY olarak tanımlanmaktadır (Akın, 2013).

Akut ve Kronik Kalp Yetmezliği

KY'nin klinik olarak ortaya çıkış süresi baz alınır. Akut KY'nde birden başlayan, istirahat halinde ya da fiziksel aktiviteyle artan nefes darlığı söz konusu iken; kronik KY'nde periferik ödem ve asit ön plandadır. Pulmoner venöz kapasitenin zamanla volüm yüklenmesine uyum sağlayamamasına bağlı alveollerdeki sıvı birikimi tüm akciğerde sıvı artışı olmasına rağmen azalacaktır (Zoghi, 2011; Akın, 2013).

Sağ ve Sol Kalp Yetmezliği

Sağ Kalp Yetmezliği: Sağ ventriküldeki yetmezlik sonucu gelişir. Kanın sistemlerde göllenmesiyle sistemik venöz basınç artar. Juguler vende dolgunluk, ritim bozuklukları, solunum seslerinde azalma, hepatomegali, splenomegali, periferik ödem, asit ve kilo artışı görülür (Akın, 2013). Kilo artışı ödemden önce gerçekleşir. Çünkü vücutta 5 - 7 litre sıvı birikimi olmadan ödem görülmez (İlerigelen, 2010; Badır, 2014).

Karaciğerdeki sıvı birikimine bağlı sağ üst kadranda hassasiyet ve karaciğerde büyüme gözlenir. Karaciğerdeki venöz dolgunluk sonucu venöz basınç artışı karaciğer fonksiyonlarının bozulmasına yol açar. Portal venöz basınçtaki artış periton yaprakları arasında sıvı birikimi (asit) ile sonuçlanır. Abdominal bölgede ve periton yaprakları arasındaki sıvı birikimi, karın içi basıncı arttırır. Bu durum kendini bulantı, kusma ve anoreksi gibi belirtiler ile gösterir (Akın, 2013; Badır, 2014).

Sol Kalp Yetmezliği: Sol ventriküldeki fonksiyon bozukluğuna bağlı kanın aorta aracılığıyla vücuda gönderilememesi kanın geriye doğru göllenmesine yol açar.

Akciğerlerdeki sıvı birikimine bağlı olarak yüzeysel solunum, efor dispnesi, ortopne, paroksizmal noktural dispne (PND), dinlenme anında dispne, raller, akciğer ödemi, yorgunluk, halsizlik, oligüri, noktüri, huzursuzluk, uykusuzluk ve anksiyete gibi belirtiler gözlenir (Akın, 2013; Badır, 2014).

Geceleri sırt üstü yatmaya bağlı yer çekiminin etkisiyle kalbe dönen kan miktarı artar ve akciğerlerdeki sıvı birikimi sonucu PND gelişir. Nonproduktif öksürük veya hemoptizi görülebilir (Akın, 2013; Badır, 2014).

Periferel hipoperfüzyon sonucu güçsüzlük, yorgunluk ve aktivite intoleransı gelişir. KY'nin ilerlemesiyle solunumsal sıkıntıların artması ve beslenememe sonucu kardiyak kaşeksi ortaya çıkar (Akın, 2013; Badır, 2014).

Beyne giden kan miktarı kalbin pompalama yeteneğindeki bozulma sonucu azalır. Serebral hipoperfüzyon sonucu mental değişiklikler, huzursuzluk, uykusuzluk, hafıza sorunları görülür. KY'nin ilerlemesiyle anksiyete, ajitasyon ve paronaya gelişebilir. Tüm sistemlerde olduğu gibi gastrointestinal sistemde de hipoperfüzyon gelişir. Gastrointestinal sistemdeki hipoperfüzyon sindirim güçlüğüne ve hazımsızlığa neden olur (Akın, 2013; Badır, 2014).

Böbreğe gelen kan miktarının azalması üriner out putu azaltır. Renal hipoperfüzyon renin - anjiotensin - aldosteron sistemini aktif hale getirir. İntravasküler volüm artışı ile renal hipoperfüzyon düzeltilmeye çalışılır (Akın, 2013; Badır, 2014).

Sol KY'nin pulmoner arter üzerine yaptığı basıncın etkisiyle sağ KY gelişir. Bu nedendir ki klinikte sol ve sağ KY bulguları birlikte görülür (Zoghi; 2011; Badır, 2014).

Yüksek ve Düşük Debili Kalp Yetmezliği

Anemi, tritoksikoz, aritmiler, paget hastalığı, septisemi, karaciğer yetmezliği, artriovenöz şantlar yüksek debili KY'ne yol açmaktadır. Kalbin yapısında bir değişiklik olmaksızın kalbin pompaladığı kan miktarındaki artış sonucu gelişen bu gibi durumlarda altta yatan nedene yönelik yapılan tedavilerle iyileşme sağlanmaktadır (Zoghi, 2011). Konjenital, valvüler, hipertansif, romatizmal, koroner ve kardiyomiyopati temelli birçok kardiyovasküler hastalıkta düşük debili KY gelişir. Düşük debili KY sistemik vazokonstriksiyon sonucu soğuk, soluk ve siyonotik ekstremiteler ile kendini gösterir (Dickstein ve ark., 2008).

2.1.6. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları

KY'ne ilişkin belirti ve bulgular sağ ve sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ile pulmoner ve sistemik venöz göllenme ile ilişkili olarak ele alınabileceği gibi sağ ve sol KY belirti ve bulguları olarak da ele alınabilir (Tablo 2.). KY'nde fiziksel semptomlarla birlikte otokontroln ve üretkenliğin kaybı, yaşama dair planlar ve amaçlarda, aile ve sosyal evre ile ilişkilerde değişiklikler, ekonomik sorunlar gibi psikososyal sorunlar görülebilmektedir (Badır, 2014).

Tablo 2. Kalp yetmezliğinde görülen belirti ve bulgular (Badır'dan, 2014)

Sol Kalp Yetmezliği	Sağ Kalp Yetmezliği
<ul style="list-style-type: none">· Değişik derecelerde solunum güçlüğü (Egzersiz dispnesi, Ortopne, PND)· Kuru ksrk· Yorgunluk, bitkinlik· Değişik düzeylerde bilinç değişikliği· Hafıza sorunları· Aşırı terleme· arpıntı· İştahsızlık· Uykusuzluk· Taşikardi· S1 ve S2 seslerinin derinden gelmesi· S3 ve S4· Akciğerlerde kreptan raller· Plevral effüzyon· Pulmoner arter tıkalı basıncında artma· Sistemik vasküler dirençte artma· Soğuk, soluk ve nemli cilt· Kalp debisi ve kardiyak indekste azalma	<ul style="list-style-type: none">· Kilo alma· Ayaklarda şişme· Karında gerginlik· Mide şikayetleri· İştahsızlık, bulantı· Boyun venlerinde dolgunluk ve pulsasyon· Juguler venöz basıncı artma· ödem· Hepatomegali· Hepatojuguler reflü· Karında asit

2.1.7. Kalp Yetmezliğinde Tanı

KY tanısı koyulurken; detaylı sağlık öyküsü, gözlem, KY'ne özgü semptomlar ile fizik muayene ve objektif veriler, hemodinamik incelemeler, laboratuvar analizleri ve görüntüleme sonuçlarından faydalanılır (Akın, 2013; Badır, 2014).

Sağlık Öyküsü

KY nedenleri ve risk faktörlerine ilişkin veriler toplanır. Özellikle KAH öyküsü, HT, valvüler kalp hastalığı, konjenital kalp hastalıkları, merkezi tipte uyku apnesi ve atriyal fibrilasyon, miyopati, DM, tiroid hastalıkları, anemi, enfeksiyon ve pulmoner embolizm, alkol ve kokain kullanımı, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü sorgulanır. Yorgunluk, halsizlik, efor dispnesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumu ve yerine getirme düzeyi değerlendirilir. Aile öyküsünde ani kalp ölümü, ileti/aritmi sorunları, taşiaritmi, kardiyomiyopati ve miyopati varlığı sorgulanır (Akın, 2013).

Fizik Muayene

KY'nde tanı konulabilmesi için KY'ne özgü semptomların olması zorunludur. KY'nin başta gelen semptomlarından biri efora tahammülsüzlüktür (nefes darlığı, çabuk yorulma ve halsizlik). Ancak tiroid hastalıkları, akciğer hastalıkları, nörotik depresyon ve anemi gibi nedenlerle bu semptomlar gelişebilir. Ortopne, gece öksürüğü ya da PND KY'ni akla getirmelidir. Ortopne KY'ne özgü bir semptomdur fakat akciğer temelli hastalıklarda da görülebilir. Ortopne periferik ödem ile bir arada ise KY'ni düşündürmelidir. Akciğere ilişkin ortopnede periferik ödem görülmez. KY'ne özgü semptomlardan bir diğeri de PND'dir. PND şiddetli nefes darlığı ile hastayı uykusundan uyandıran öksürük ve wheezingin eşlik ettiği bir durumdur. PND, kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOA) da görülebilir. Ancak KOA'ta nefes darlığı ön planda olmayıp öksürük baştan itibaren vardır. Ortopne veya PND'nin varlığına rağmen efor dispnesinin olmaması KY tanısını ekarte eder. KY'nde başlangıçta nefes darlığı efor ile birlikte iken KY'nin ilerlemesiyle dinlenme sırasında da görülebilir. KY hastalarında sıkça görülen bir diğer semptom ayak bileklerindeki ödemdir. KY'ne özgü olmayan semptomlar ise senkop, angina, oliüri, noktüri ve konfüzyondur (İlerigelen, 2010).

KY'nin fizik muayenesinde taşikardi, taşipne, juguler venlerde dolgunluk, periferik ödem, plevral efüzyon, akciğerlerde raller, hepatomegali, kalpte üfürümler ve üçüncü kalp sesi (S3) gibi bulgular görülebilir. KY tedavisi almayan hastalarda taşikardi ve taşipne sıklıkla görülmektedir. Ancak taşikardi anemi, enfeksiyon ve hipertiroidi ile de ilişkili olabilir. KY'nde periferik ödem juguler venlerdeki basınç artışı ile birlikte görülür. Fizik muayenede ödemin saptanabilmesi için vücutta 5 - 7 litre kadar sıvı birikimi olmalıdır. Ayak bileğinden başlayan ve yukarı doğru ilerleyen ödem

söz konudur. Ödem tedavi edilmediği takdirde proksimale ilerleyerek periferde ve karında kendini gösterir. KY'ne bağlı ödem simetrik ve gode bırakır.

Akciğer muayenesinde tek ya da çift yönlü plevral efüzyon olabilir. İntertisyel alanda fazla miktarda sıvı birikimine bağlı olarak pulmoner konjesyon gelişir (İlerigelen, 2010; Akın, 2013). Plevra yaprakları arasında biriken sıvı miktarı az olduğunda fizik muayene ile saptanamayabilir.

Kalbin oskültasyon ile muayenesinde üfürüm duyulabilir. Kapak hastalığı, kardiyomyopatiler, doğuştan kalp hastalığı, sol ventrikül dilatasyonuna bağlı mitral yetersizliği, KAH'na bağlı mitral kapak disfonksiyonu ya da pulmoner hipertansiyona bağlı triküspid yetersizliği gibi durumlar akla gelebilir. S3'nin varlığı KY'ne özgü bir bulgudur. S3 sesinin duyulması hastalığın ilerlediğini gösterir. İleri KY hastalarında periferik arterlerdeki nabız kontrolü sırasında kan basıncındaki düşme ile birlikte nabız dolgunluğunun zayıfladığı görülür.

Palpasyon sırasında karaciğerin kolaylıkla ele gelmesi hepatomegali olarak tanımlanır (İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014). Karaciğerde ağrı ve hepatojuguler reflunün varlığı KY'nin ilerlediğini gösterir. Hepatomegaliye splenomegali ve asit eşlik edebilir. Karaciğerdeki konjesyon sonucu ikter (sarılık) gelişebilir (İlerigelen, 2010; Akın, 2013).

Laboratuvar Testleri

Hemogram tetkiki, idrar tahlili, biyokimya kan testleri, akciğer fonksiyon testleri, egzersiz testi, tiroid fonksiyon testleri vb. KY tanısını destekleyici ya da dışlayıcı yönde yarar sağlayabilirler. Ayrıca akut alevleme durumlarında MI'nün ekarte edilmesi için miyokardiyal enzimlerin (troponinler, CK - MB, vb.) bakılması gerekebilir (İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014).

KY ve antidiüretik tedavinin komplikasyonu olarak elektrolit dengesizlikleri ortaya çıkabilir. Özellikle sodyum, potasyum ve magnezyum dengesizlikleri ciddi klinik tabloların gelişmesine yol açabilir. İleri KY'nde diüretik ilaç tedavisi ve tüm vücut sıvısının artışına bağlı olarak hiponatremi gelişebilir. Böbrek kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızının azalması sonucu ise potasyum atılamaz ve hiperkalemi gelişir (Akın, 2013).

Kan üre nitrojeni, kreatinin ve ürik asid, tiroid stimulan hormon ve tiroid hormon testleri, kan glikoz ve lipid düzeyine bakılır. Kan bilirubin düzeyi, aspartat

aminotransferaz ve laktat dehidrogenaz değerleri karaciğerdeki konjesyon nedeniyle yükselir. Kan gazı analizi; akciğer fonksiyonları ve asit baz dengesi hakkında bilgi verir (Akın, 2013).

KY tanısı için kullanılan Natriüretik peptidlerin (NP) ölçümü kolay ve değerli bir yöntemdir. "Brain" natriüretik peptid (BNP) ve öncülü olan N terminal pro BNP (NT-pro BNP) bu amaçla sıklıkla kullanılır. 2012 yılı Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (European Society of Cariology, ESC) klavuzunda KY tanısının ekarte edilmesinde BNP ve NT pro BNP ölçümlerinin kullanımını önermiştir (McMurray ve ark., 2012; Kepez ve Mutlu, 2013). KY'nin ekarte edilebilmesi için akut alevlenmelerle gelen hastalarda BNP eşik değeri 100pg/mL, NT-proBNP eşik değeri ise 300pg/mL olarak belirlenmiştir. Diğer olgularda tanıyı ekarte eden BNP eşik değeri 35pg/mL, NT-pro BNP eşik değeri 125pg/mL olarak kabul edilmiştir (Kepez ve Mutlu, 2013). Plazma NP düzeylerindeki yükselme KY'ni akla getirmelidir (McMurray, 2012; Akın, 2013).

Görüntüleme Yöntemleri

KY düşünölen hastalarda elektrokardiyografi (EKG) ve göğüs grafisi mutlaka çekilmelidir.

Göğüs grafisi; kardiyomegali, akciğer venlerinde konjesyon, interstisyum ya da alveol ödem ve plevral efüzyon açısından bilgi verir (İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014). Kardiyomegali KY tanısını destekleyen önemli bir bulgudur (İlerigelen, 2010).

Elektrokardiyogarfi (EKG); ritim-iletim bozuklukları, MI, voltaj düşüklüğü gibi durumların belirlenmesini sağlar. EKG'de sol ventrikül hipertrofisi, sol atriyum genişliği ve aritmilerin varlığı sol ventrikül yetmezliğini; sağ ventrikül hipertrofisi, sağ atriyum genişliği ise sağ ventrikül yetmezliğini düşöndürür (Dickstein ve ark., 2008; İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014). KY hastalarının tamamına yakınında EKG değişiklikleri görülür ancak KY için spesifik bir EKG bulgusu yoktur (İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014).

Ekokardiyografi (EKO); KY tanısının konabilmesi için gerekli primer yöntemdir. EKO'da dinlenme sırasında sistolik ve/veya diyastolik disfonksiyon saptanabilir. KY'nin etiyolojisinin (iskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopatiler, kapak hastalıkları, doğuştan kalp hastalıkları, konstriktif perikardit gibi) ve beraberindeki durumların (sol ventrikül anevrizması, trombüs gibi) tespitinde EKO'dan

yararlanılabilir. Ayrıca; miyokard iskemisinin belirlenmesinde miyokard perfüzyon görüntülemesi yapılabilir. Angina pectoris olgularında kardiyak kateterizasyon gerekebilir (Akın, 2013). EKO ile güvenilir veri elde edilemediği durumlarda (genellikle görüntü kalitesinin iyi olmaması nedeniyle) radyonüklid ventrikülografi ya da manyetik rezonans görüntüleme ile yararlanılabilir.

KY'nde tanı konulurken KY'ne ilişkin semptom ve bulgular ile fizik muayene bulguları, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemlerinden elde edilen bulgular birlikte değerlendirilmelidir (İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014).

2.1.8. Kalp Yetmezliğinde Tedavi

KY'nde başarılı bir tedavi planı oluşturmak için KY semptom ve bulguları olan hastalarda kardiyak problemin ortaya konması, KY'nin düzeltilebilir sebeplerinin belirlenmesi ve gidişatın izlenmesi gerekir. Uygun tedavi yönteminin seçiminde; sağlık öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar testleri ve görüntüleme sonuçları birlikte değerlendirilmelidir (Akın, 2013).

Tedavide ilk olarak KY'ne yol açan primer hastalığın kontrol altına alınması gerekir. KY'ne zemin hazırlayan MI, enfeksiyon, aritmi, pulmoner emboli gibi durumlar ortadan kaldırılarak kalbin iş yükünün azaltılması ve kalp fonksiyonlarının desteklenmesi tedavinin amacıdır (Akın, 2013; Badır, 2014). Preload ve afterload düşürülmesi, kalp hızının kontrolü ve miyokard kontraktilitesinin desteklenmesi ile KY kontrol altına alınabilir ve tedavisi sağlanabilir (Akın, 2013; Badır, 2014).

Kalp Yetmezliğinin Farmakolojik Tedavisi

Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE-İ): Arterlerdeki vazodilatasyon etkisi sonucu periferik direnç düşer, afterload azalır. Venlerdeki dilatasyon etkisi ile kan periferde göllenir ve sağ atriyum basıncı, pulmoner arter basıncı ve pulmoner wedge basıncı düşer bu sayede pulmoner konjesyon azalır. Preload ve afterloadun azalması ile kalbin pompaladığı kan miktarı artar. Bradikinin düzeyini artırıcı etkileri vardır. Ventriküler remodeling, hipertrofi ve fibröz gelişimini önlerler, endotelial ve vasküler fonksiyonları desteklerler. Enalapril, fosinopril, captopril ACE-İ'ne örnek verilebilir. ACE-İ'lerinin en sık görülen yan etkisi öksürüktür. Korkulan yan etkileri ise hipotansiyon, renal fonksiyonlarda bozulma, hiperpotasemi ve anjiyoödemdir. Yapılan araştırmalar (SOLVD, SAVE, TRACE, CONSENSUS)

sonucunda ACE-İ'nin KY tedavisinde kullanılması mortalite ve morbiditeyi düşürdüğü ve hospitalizasyonu azalttığı saptanmıştır (Kepez ve Kabakçı, 2004; Dickstein ve ark., 2008; Smeltzer ve ark., 2010; Karadokovan ve Eti Aslan, 2010; İlerigelen, 2010; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Yancy ve ark., 2013; Badır, 2014).

Anjiotensin Reseptör Blokerleri (ARB): Anjiotensin II reseptörlerine bağlanarak anjiotensin II salınımını bloke ederler. Preload ve afterloadı azaltarak kardiyak outputu arttırlar. Hipotansiyona yol açabilirler. Böbrek fonksiyonlarında bozulma ve hiperpotasemiye neden olabilirler. Valsartan, candesartan, losartan ARB' e örnek verilebilir (Dickstein ve ark., 2008; Smeltzer ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Yancy ve ark., 2013; Badır, 2014).

Aldosteron Antagonistleri: Aldosteronun artması su tutulumuna neden olarak ödem gelişimine yol açar. Ayrıca sitokinlerin ve diğer büyüme faktörlerinin salınımını arttırdığından miyokardiyal ve vasküler fibroza yol açarlar. KY tedavisinde aldosteron antagonistlerinin kullanılmaya başlaması morbidite ve mortaliteyi önemli oranda azaltmıştır (Akın, 2013).

Beta Blokerler: KY semptomlarının olduğu, SVEF %40 ve altındaki tüm hastalarda kullanılan bir tedavi yöntemidir. KY semptomlarının kontrol altına alınmasını sağlayarak hastaların genel durumunu iyileştirir ve hospitalizasyonu azaltır. Vazodilatasyon etkisi sayesinde afterloadı düşürür. Beta bloker ilaçların vazodilatör etkisi nedeniyle diüretik ilaçlarla alınırken doz ayarlamasının dikkatli yapılması gerekir. Metoprolol, carvediol beta blokerlere örnek verilebilir. Beta bloker kullanacak KY olan bireylere nabız sayımı öğretilmeli, nabız 60/dk'nın altında ise ilacı atlamaları gerektiği bir saat sonraki nabız kontrolüne göre ilaç alımının düzenlenmesi gerektiği öğretilmelidir.

En sık görülen yan etkileri hipotansiyon, bradikardi, arteriyoventriküler bloklar, bronkospazm, laringospazm, boğaz ağrısı, hiperglisemi, hipoglisemi, bulantı, kusma, diyare, karın ağrısı, libidoda azalma ve yorgunluktur (Dickstein ve ark., 2008; Karadokovan ve Eti Aslan, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Yancy ve ark., 2013; Badır, 2014).

Diüretikler: Diüretik ilaçların etkisiyle vücutta tutulan fazla miktardaki sodyum ve su idrar yoluyla atılır. Bu sayede pulmoner ve sistemik dolaşımdaki konjesyon azalır. Furosemid, metolazone örnek verilebilir. Uzun süreli diüretik

kullanımına bağı olarak elektrolit dengesizlikleri görülebilir, bu açıdan diüretik kullanan hastalarda serum elektrolit değerleri yakından takip edilmelidir. En belirgin yan etkileri böbrek fonksiyon bozuklukları, elektrolit dengesizlikleri ve hipotansiyondur. Diüretik tedavisi alan KY tanısı olan bireylere günlük olarak kilo takibi yapmalarının önemi anlatılmalıdır (Aydın ve ark., 2002; Dickstein ve ark., 2008; Karadokovan ve Eti Aslan, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Yancy ve ark., 2013; Badır, 2014).

Dijital Glikozitler: KY hastalarında kullanılan tek pozitif inotropik ajanlardır. Miyokard kontraktilesini arttırırlar, sinüs düğümünde uyarı oluşumunu ve atriyoventriküler ileti hızını yavaşlatırlar ve nörohumoral dengede işlev görürler. Dijital ilaç kullanımı süresince KY olan bireylerin böbrek ve karaciğer fonksiyonları yakından izlenmelidir. Dijital kullanan hastalarda dikkat edilmesi gereken intoksikasyon belirtileri; yorgunluk, depresyon, anoreksi, bulantı, kusma, aritmi, taşikardi, bradikardi, EKG değişiklikleri (sinoatriyal ve atriyoventriküler bloklar) şeklindedir (Smeltzer ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013; Yancy ve ark., 2013; Badır, 2014).

Vazodilatörler: Pulmoner venlerde ve arterlerde meydana gelen vazokonstriksiyonun etkisiyle pulmoner ve sistemik konjesyon görülür. Arteriyel dilatör ajanlar sayesinde afterload azalır ve miyokard oksijen tüketimini azaltarak sol ventrikül güçlenir ve strok volüm artar. Venöz dilatör ajanlar sistemik venleri genişleterek preloadı ve venöz dönüşü azaltırlar. Sol ventrikül dolum basıncını azaltırlar. Nitratlar özellikle anjina pektoris olan KY hastalarında endikedir (Akın, 2013).

Kalsiyum Kanal Blokerleri: Diyastolik disfonksiyonda endikedirler. Kan basıncı ve miyokardiyal iskeminin kontrolünü sağlarlar. Damarlardaki vazodilatasyonu sağlayarak sistemik vasküler direnci azaltırlar. Amlodipine, felodipine örnek verilebilir (Dickstein ve ark., 2008; Smeltzer ve ark., 2010; Akın, 2013).

Natriüretik Peptitler: Diürezi arttırırlar. Nörohumoral aktivasyonu baskılayarak vazodilatasyona katkıda bulunurlar ve miyokardiyal fonksiyonu desteklerler (Akın, 2013).

Kalp Yetmezliğinde Cihaz Tedavileri

İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörler (ICD): KY olan, özellikle de belirtilerin hafif olduğu bireylerde, ölümlerin yarısına yakını birden ve beklenmedik şekilde meydana gelmektedir. Ölümlerin ciddi bir bölümü ventriküler aritmiler nedeniyledir. ICD'ler ventriküler aritmilerden kaynaklanan ölümleri azaltmada, kardiyak arrest geçirmiş ve sürekli semptomatik ventriküler aritmileri olanlarda mortaliteyi azaltmada önemli bir role sahiptir. ICD, işlevsel durumu iyi, 1 yıldan az sürede sağ kalım beklenen, 3 ve 3 aydan kısa süren tıbbi tedaviye karşın EF \leq %35 ve semptomatik (NYHA II – III) KY olan bireylerde aniden gelişen ölümleri en aza indirmek amacıyla kullanılmaktadır (McMurray ve ark., 2012).

Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi (KRT): KY ve sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu olan bireylerde, atriyum ve ventriküller arası senkronize kasılmayı düzenleyen atriyal senkronize biventriküler pacemaker tedavisi olarak tanımlanmaktadır. KRT, kardiyak kontraktileti düzenleyerek semptomların iyileşmesini sağlar. Bu tedavi yöntemi, uzamış QRS kompleksi ile belirlenen, ventrikül aktivasyonunda gecikme görülen KY olan bireylerin tedavisinde kullanılmaktadır. KRT, iyi işlevsel durumda 1 yıldan az sürede sağ kalım beklenen, EF \leq %30, QRS süresi \geq 130 ms ve sol dal bloğu morfolojisi olan sinüs ritmindeki bireylerde ve morfolojisine bakılmaksızın QRS süresi \geq 150 ms olan sinüs ritmindeki bireylerde KY sebebiyle gelişen hospitalizasyonu ve erken ölümleri en aza indirmek amacıyla kullanılmaktadır (McMurray ve ark., 2012).

2.1.9. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı

KY tedavisinde ve bakımında temel amaç mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır (İlerigelen, 2010). Tedavi ve bakımdaki diğer amaçlar; kalbin birim zamanda pompaladığı kan miktarını arttırmak, dolaşımdaki konjesyonu ve kalbin iş yükünü azaltmak, doku perfüzyonunu arttırmak, komplikasyonları önlemek, akut alevlenme semptomlarını erken saptamak, hastaneye yatış sıklığını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Ünsar, 2007; Eren, 2009; İlerigelen, 2010). KY'nin semptom ve bulgularının şiddeti ve tedavisinin karmaşıklığı nedeniyle bakımda hasta bireyin iş birliği gerekir. Bu nedenle bakımın merkezinde hasta birey yer almaktadır. Hemşirelik bakımında; hasta birey hastalığı hakkında bilgilendirilmeli, yaşam şeklinde değişiklikler yapması için teşvik edilmeli, bireyin hastalığa fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyumu,

planlanan bakıma aktif katılımı, öz bakım davranışlarını gerçekleştirmesi sağlanmalıdır (Carlson, 2001; Ünsar, 2007; Demir ve Ünsar, 2008).

Öneriler

- KY hastaları bir kontrendikasyon yoksa her yıl düzenli olarak grip aşısı olmalı ve pnömokok aşısını beş yılda bir yaptırmalıdır (Dickstein ve ark., 2008; İlerigelen, 2010).
- Hasta birey sigara kullanıyorsa bırakmalıdır (Dickstein ve ark., 2008; İlerigelen, 2010).
- KY'li beden kitle indeksi (BKİ) 30 kg/m^2 'nin üzerinde olan bireylerin; KY'nin ilerlemesini önlemek, semptomları en aza indirmek ve genel sağlığını iyileştirmek adına diyetisyen kontrolünde kilo vermesi gerekir (Dickstein ve ark., 2008).
- Günlük kilo takibi yapılmalıdır. Hastaya her sabah aynı saatte benzer kıyafetlerle, aynı tartıyla tartılması önerilir. Üç günde 2 kg'dan fazla kilo artışı gelişirse bilinçli hastalarda diüretik dozunu yükseltebileceği ve durumdan sağlık ekibini haberdar etmesi gereği anlatılır. Aşırı diüretik kullanımında sıvı kaybına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmelidir (Dickstein ve ark., 2008; İlerigelen, 2010; Akın, 2013).
- KY'nde sıvı tutulumunu önlemek amacıyla aşırı tuz kullanımı önlenmeli, tuz tüketimi günde 1,5 - 2gr'ı geçmemelidir. Ayrıca gıdaların tuz içeriği hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. Yemeklerde baharat, nane, kekik, maydanoz, dereotu, fesleğen, defne yaprağı, rezene, biberiye gibi ıtırılı otların tuz yerine kullanılabilmesi söylenmelidir (Dickstein ve ark., 2008).
- KY semptomlarının şiddetli olduğu hastalarda hiponatremi söz konusu ise sıvı alımı günde 1,5 - 2 litreyi geçmemelidir (Dickstein ve ark., 2008; İlerigelen, 2010; Akın, 2013).
- Alkolün negatif inotropik etkisine bağlı kan basıncında artış ve aritmi görülebilir. Bu nedenle alkol kullanımı 10 - 20gr ile sınırlandırılmalıdır (Dickstein ve ark., 2008; Akın, 2013).
- KY ilerlemesiyle kardiyak kaşeksi görülebilir. Hastanın beslenme şekli takip edilmelidir.

- KY semptomların etkisiyle gelişen aktivite intoleransına bağlı hastalık ilerleyebilir. Hekimin önerisi dahilinde düzenli olarak yapılan direnç ve dayanıklılık egzersizleri vagal tonusu arttırarak otonom kontrol sağlar, kas gücünü ve vazodilatör kapasiteyi arttırır ve endotelial işlev bozukluğunu ve oksidatif stresi azaltır (Kepez ve Kabakçı, 2004; Dickstein ve ark., 2008). Hastanın tolerans kapasitesine göre yapabildiği ve yapabileceği aktiviteler belirlenerek hasta için bir egzersiz rehberi oluşturulmalıdır (Ünsar, 2007; Dickstein ve ark., 2008; İlerigelen, 2010). Semptomların hafif seyrettiği KY hastalarında haftada 5 kez 30 dk'lık egzersiz önerilir. Aktivite sırasında göğüs ağrısı, baş dönmesi, dispne ve yorgunluk gibi semptomlar geliştiğinde aktiviteyi durdurması ve dinlenmesi konusunda bilgi verilmelidir (Demir ve Ünsar, 2008; Akın, 2013).
- KY hastaları, yüksek rakımlı, sıcak ve nemli bölgelere seyahat etmemeleri konusunda bilinçlendirilmelidir. Uzun süreli seyahatlerde havayolu tercih edilmelidir (Dickstein ve ark., 2008; Akın, 2013).
- KY olan hastaların cinsel yaşam ile ilgili kaygıları olabilir. Hastaların sorunlarını dile getirmesi için uygun ortam oluşturulmalıdır ve soruları yanıtlanmalıdır. Cinsel ilişkide; rahat ve dinlenmiş olunan zamanın seçimi, ortamın aşırı sıcak ve soğuk olmaması, partnerler için en uygun olan pozisyonun seçimi, alkol alındıktan ya da ağır bir yemekten sonra cinsel ilişkide bulunmama konusunda hastalar bilgilendirilmelidir. Cinsel yaşam üzerine ilaçların etkisi değerlendirilmelidir (Badır, 2014)
- Haftada 2 - 3 kg'dan fazla kilo artışı, iştahta azalma, efor dispnesi, dinlenme sırasında nefes darlığı, ortopne, ayak bileğinde ödem, karın bölgesinde asit, nonproduktif öksürük, noktüri, PND gibi belirtilerden biri görüldüğünde sağlık personeline bildirmesi gerektiği anlatılmalıdır (Dickstein ve ak., 2008; Smeltzer ve ark., 2010).
- İlaçların önerilen şekilde alınması ve almadan önce nabız kontrolü yapması gerektiği hastaya söylenir. Kan basıncı ölçümü ve ortostatik hipotansiyon belirtileri öğretilir. Antikoagulan kullanan hastalarda kanama takibi, coumadin alıyorsa INR takibi yapması için hasta bilgilendirilir. İlaçların yan etkileri hakkında bilgi verilir (Dickstein ve ark., 2008).

2.2. Kalp Yetmezliği ve Psikososyal Uyum

Uyum, birçok boyutu olan, dinamik, göreceli ve karmaşık bir kavramdır (Kara, 2007). Bireylerin iç ve dış çevresinde gerçekleşen değişikliklere karşı uygun tutum ve davranışları sergileyebilmesi ve duruma alışma süreci uyum olarak tanımlanmaktadır. Uyum, değişikliklerle baş edebilmeyi ve uzlaşmayı gerektirir (Kaçmaz, 2003). Bireyler, yaşam serüveninde karşılaştıkları durumlara belli ölçülerde uyum gösterir (Kara, 2007).

Hastalık, anormal bir durumdur. Bireyin fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal işlevselliğini azaltır ya da tamamen bitirir. Bireyin beden bütünlüğünü tehdit eder, kendi içerisindeki kurduğu dengeyi, çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini etkiler (Bolsoy ve Sevil, 2006; Kara, 2007).

Birey yaşantısını normal bir şekilde sürdürürken bir hastalık ortaya çıktığında, bireyin olumlu ve umut dolu yaklaşımı değişikliğe uğrar (Palabıyıkoglu, 2000). Hasta olan birey hastalık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde, meslek yaşantısında, cinsel aktivitelerinde, sosyal ilişkilerinde, günlük yaşantısında birçok değişiklik yapmak zorunda kalır. Hastalığa uyum, bireyin yaşam tarzını hastalığın oluşturduğu gereksinimler yönünde düzenlemesidir. Bireyin hastalığa uyumu psikososyal uyumu da gerektirmektedir. Psikososyal uyum kişinin iş, aile, sosyal ve cinsel yaşamını, kendi sağlık bakımına uyumu ile psikolojik durumunu içerir (Mauro, 2008).

Bireyin psikososyal uyumu hastalık ve tedavi sürecindeki tüm faktörleri etkilerken hastalığa psikososyal uyumda hastalığın gidişatını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir (Türkmen ve Çam, 2012; Erşan ve ark., 2013). Akın ve Durna (2006)'nın KY olan hasta bireylerle yaptıkları bir araştırmada KY tanısının psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği, sosyal ilişkilerde belirgin azalma olduğu, hospitalizasyon sıklığında artış olduğu ve bu nedenle hastaların mesleki iş yaşantısının daha çok etkilendiği görülmüştür. KY'nde psikososyal uyum, hasta semptomlarının ciddiyeti ve hastalığın prognozu gibi faktörlerin etkisiyle zamanla değişebilir (Freedland ve Carney, 2000). Psikososyal etkenlerin (depresyon, umutsuzluk, stres, A tipi, D tipi kişilik yapısı, sosyal destek yetersizliği, sosyal izolasyon, düşük sosyoekonomik durum) kalp ve damar sistemi üzerine etkileri olduğu gibi kardiyovasküler sistemdeki değişimlerin ruhsal durum üzerine etkileri vardır (Yıldırım ve Öztürk, 2016). Yapılan araştırmalar psikososyal etkenlerin KY mortalite ve morbitidesi üzerine etkili olduğunu göstermiştir (Scott ve ark., 2004).

KY, bireyin bağımsızlığını ve günlük yaşam aktivitelerini azaltarak, psikososyal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun sonucunda, hastanın yaşam kalitesi ciddi derecede azalmaktadır (Jeon ve ark., 2010). KY’nde psikososyal sorunlar (depresyon ve anksiyete) oldukça fazladır. Psikososyal sorunların nedenleri arasında; uygulanan tedavi yöntemleri, hastalığın semptomları ve komplikasyonları nedeniyle öz bakımını sürdürmemeye ve başkalarına bağımlı hale gelineceği endişesi, ağrı, rol kaybı, beden imgesinde bozulma, hastalığın getirdiği ekonomik sorunlar, fiziksel engeller, çaresizlik, ölüm korkusu, bireyin hastalığa yüklediği anlam yani kısaca çeşitli gerçek ya da bireysel tehlike algısı yer almaktadır (Dülgerler; 2015).

KY’nde depresyon çoğunlukla görülmektedir ve prognozun olumsuz olmasında ve klinik durumun kötüleşmesinde etkilidir. Ayrıca depresyon hastanın uyumunu azaltabilir ve sosyal izolasyona yol açabilir (McMurray ve ark., 2012). Bireyde var olan ve fark edilmeyen depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunlar, hastanın tıbbi tedaviye ve egzersiz programlarına uyumunu azaltmakta, tedavilerin sürdürülmesini engellemekte, fiziksel fonksiyonları yerine getirmede kısıtlayıcı etki oluşturmakta, rehabilitasyon programlarına katılımı engellemekte, hastalığın seyrini, hastanede kalma süresini, yaşam kalitesini ve iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Dülgerler, 2015).

KY’nde işlevsel kayıpların yanı sıra sosyal, fiziksel, duygusal ve ekonomik kayıplar hasta ve ailesinin uyum yeteneğini bozarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Doğru ve Karadokovan, 2016). Hastaneye tekrarlı yatışlar nedeniyle gelişen iş gücü kaybı; bireysel ve toplumsal ekonomik sorunları beraberinde getirmektedir. Ayrıca KY tanısı alan bireylerin iş, aile ve cinsel yaşamlarının, arkadaş ilişkilerinin etkilenmesi psikososyal uyumlarını etkilemektedir (Akın ve Durna, 2006; Doğru ve Karadokovan, 2016).

KY yönetiminde başarılı olmak için hastaların ve ailelerin yaşam tarzındaki değişikliklere uyum göstermesi gerekir. Örneğin; ilaç tedavisi hastalık süresince değişen durumlarda ve farklı zamanlarda ilaç almayı gerektirebilir, diyet ve günlük yaşam aktiviteleri hastaların gelenek ve kültürel özellikleri ile çatışabilir. KY tanısı alan hasta birey kısıtlamalar ve sınırlılıklarla yaşamaya psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Uyum sağlanamadığı takdirde yaşam kalitesinde düşme, hastaneye gereksiz yatışlarda artma ve erken ölümler ortaya çıkmaktadır (Tokgözoğlu ve ark., erişim: 17.1.17).

2.2.1. Psikososyal Uyumu Etkileyen Etmenler

Hastalığa uyumda; bireylerin karakteri, hastalık ve tedavinin özellikleri, olayları algılama ve yorumlama şekli, kendi sağlığına ilgisi, kültürel özellikleri, sosyal aktivitelerde yer alma durumu, yakın aile ilişkileri, akraba ilişkileri ve cinsel yaşamı etkilidir (Hallaç, 2010).

Hastalık ile ilişkili etmenler: Hastanın tanısı, var olan semptomlar, etkilenen vücut bölümü, işlevsel yetersizlikler (fiziksel, emosyonel ya da zihinsel yetersizlik), hastalığın seyri (ilerleyici, durağan, değişken ya da farklı durumlardan oluşan), ağrı, durumun ilerleyici ya da sürekli olması, ilaç yan etkileri, kullanılan ilaç sayısı ve tedavi yöntemi (Livneh, 2001),

Tedavi ile ilişkili etmenler: Yaşam şeklinin etkilenme durumu, tedavinin süresi ve karmaşıklığı (ilaçların sıklığı ve dozu), hastanın tedaviye uyum yeteneği, tedaviyle ilişkili rahatlık algısı, sağlık personeli ile hasta arasında görüş birliğinin olması, tedavi ekibinin tutumu (Rosner, 2006; Uysal ve Enç, 2012),

Hasta birey ile ilişkili etmenler: Hasta bireyin benlik saygısı, kişilik yapısı, hastalık nedeniyle beden imajında değişikliklerin olması, rahatlık algısı, tedavinin etkinliği ile ilgili tutum ve inançları, hastalığı ve tedavi programı ile ilgili bilgi düzeyi, fonksiyonel kapasitenin azalması, hastalığı algılayış biçimi, hastalık ile ilişkili geçmiş deneyimleri, kalıtsal ve sosyokültürel özellikleri, yaşam biçimi (Livneh, 2001; Ramirez ve ark., 2003; Rosner, 2006; Jangra ve ark. 2007; Nehir ve Çam, 2010),

Sosyodemografik özellikler: Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi, yaşadığı yer (Adaylar, 1995; Kaçmaz, 2003; Akın, 2003; Rosner, 2006),

Psikososyal etmenler: Depresyon ve anksiyete varlığı, hastalığı inkar etme, kabullenememe, bireysel algılar, inançlar, tutumlar, bireyin motivasyon durumu, tedavinin yan etkilerine karşı endişe ve korku yaşama, başkalarına bağımlı olma düşüncesi, bireyin kişilik yapısı, savunma davranışları, stresle baş etme gücü ve stres yöntemi, psikiyatrik hastalık öyküsü ve psikososyal uyum yeteneği, hastalık ile ilgili deneyim ve tutumları (Livneh, 2001; Rosner, 2006; Nehir ve Çam, 2010),

Fiziksel bir hastalık; depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunları beraberinde getirebilir. Depresyon ve anksiyetede psikolojik ve kardiyak problemlere yol açabilecek davranışsal etkilere neden olabilir (Oğuz ve ark., 2014; Kinley ve ark.,

2015). Psikososyal uyumun bir diğ er belirleyicisi depresyondur. Depresyonun hastalı ğ a psikososyal uyumu olumsuz yö nde etkiledi ğ i ç alışmalar sonucu görülmüştür (Kaçmaz, 2003; Livneh ve Wilson, 2003). Ç am ve Nehir (2011)'in yapmış oldukları bir araştırmada ise MI geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş, ç alışma sonucunda MI geçirmiş hastaların psikososyal uyumlarının (48,51±16,57) orta düzeyde oldu ğ u, depresyon düzeylerinin (13,40±10,22) düşük düzeyde oldu ğ u, anksiyete düzeylerinin ise (14,05±11,32) düşük düzeyde oldu ğ u bulunmuştur. Do ğ ru ve Karadokovan (2016)'ın kalp hastaları ile yaptıkları araştırmada psikososyal uyumun ç eşitli nedenlerle bozuldu ğ u ve depresyon, anksiyete ve stres gibi psikiyatrik sorunların sık görüldü ğ ü tespit edilmiştir.

Psikoe ğ itim: Türkmen ve Ç am (2012)'ın MI geçirmiş hastalarda psikoe ğ itimin psikososyal uyum üzerine olan etkisini de ğ erlendirdikleri bir araştırmada, elde edilen bulgular do ğ rultusunda MI geçirmiş hastaların hastalı ğ a psikososyal uyumlarını arttırmada uygulanan psikoe ğ itimin etkili oldu ğ u görülmüştür. Fırat (2014)'ın hemodiyaliz hastaları ile yapmış oldu ğ u bir araştırmada uygulanan grup e ğ itimi sonucu, hastaların algıladıkları stresörlerde azalma, hastalı ğ a uyumda ve öz bakım gücünde artma oldu ğ u belirlenmiştir.

Aile ve ç evreden gelen sosyal destek ile aile ilişkileri de hastalı ğ a psikososyal uyumu etkilemektedir (Ramirez ve ark.; 2003; Nehir ve Ç am, 2010). Sosyal destek alan kardiyovasküler hastalı ğ ı (KVH) olan bireylerle yapılan bir araştırmada hasta bireylerde olumlu fiziksel sonuçların gelişti ğ i ayrıca KVH riskinin azaldı ğ ı görülmüştür (Arthur, 2006; Uchino, 2006; Uysal, 2016). KY hastalarında yalnızlık ve sosyal destek üzerine yapılan bir araştırmada KY hastaları için yalnızlı ğ ın önemli bir etmen oldu ğ u, kendini yalnız hisseden hastaların KY derecesinin yüksek oldu ğ u görülmüştür (Lofvenmark ve ark., 2009). Sosyal deste ğ in hastalı ğ a uyumu olumlu yö nde etkiledi ğ i ve hastalı ğ a psikososyal uyumda belirleyici nitelikte oldu ğ u yapılan araştırmalar sonucu görülmüştür (Karataş, 2014; Türten ve Akdemir, 2016).

Ayrıca kardiyak bir nedenden dolayı hastanede yatan hastalarda e ğ itim, evlilik, iş yaşamı, iş yaşamındaki fiziksel güçlükler, aile hayatı, aile hayatındaki memnuniyetsizlikler, ekonomik sıkıntılar, yaşam olayları, bireysel sa ğ lık yönetimi gibi ö ngörüs el önemi olan konular psikososyal uyumu etkiler (Dickstein ve ark., 2008; Erşan ve ark., 2013).

Oğuz ve ark. (2010)'nın KY hastaları ile yaptıkları bir araştırmada morbitidenin ve hastane başvuruların artışındaki en önemli neden bireyin hastalık yönetimine uyum göstermemesi olarak belirlenmiştir. Görüldüğü üzere hastalığa uyum hastalığın gidişatını etkilemektedir (Oğuz ve ark., 2010; Erşan ve ark., 2013; Dülgerler, 2015; Doğru ve Karadokovan, 2016).

2.2.2. Kalp Yetmezliğine Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları

İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. Hastalık/sağlık durumunda bireye holistik bakım anlayışıyla yaklaşılmalıdır. Holistik bakımın gereği olarak kronik hastalıklarda bireyin psikososyal uyumunu sağlamak için hemşirelik yaklaşımları aşağıdaki gibi olmalıdır:

- Tıbbi etik ilkeler çerçevesinde; hastayla kavrayıcı, empatik, destekleyici, açıklayıcı, samimi, yardım edici, gerçekçi, güven verici, yol gösterici bir iletişim kurmak,
- Bireyin hastalığa verdiği tepkilerini normal kabul ederek duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için cesaretlendirmek, bunun için ona fırsat vermek,
- Hastanın; hastalık, oluşum ve ilerleme şekli hakkında tedavi ekibi ile bilgi alışverişini sağlayarak hastalık üzerinde kontrol duygusunu geliştirmek ve tedavide işbirliğini sağlamak,
- Hastanın öz-bakımını sürdürmesini sağlamak, kendisi yapamadığı zaman desteklemek, mutlaka kendi bakımına katılımını sağlamak,
- Hastanın günlük rutinlerine devam etmesini sağlamak,
- Hastanın olumlu baş etme yöntemlerini desteklemek, olumsuz baş etme yöntemlerini olumlu baş etme yöntemleri ile değiştirmeyi sağlamak,
- Bireye sosyal alanda bağlarını artırması ya da yeniden düzenlemesi için destek vermek. Bireyin yakın çevresi ve ailesini bilgilendirerek desteklerini sağlamak,
- Güven duygusunu sürdürmek,
- Hastayı karar verme sürecinde desteklemek,
- Birey ve aileyi benzer hastalığı olan, iyi deneyimleri olan kişilerle tanıştırmak ve birey ve ailenin destek sistemlerini geliştirmek,
- Hastanın enerjisini olumlu yönde kullanmasını sağlamak,
- Hastanın sosyalizasyonunu sağlamak,

- Hastanın güçlü ve güçsüz olduğu yönleri belirleyerek güçlü yönlerini desteklemek,

Ayrıca hastanın önemsendiğini hissetmesi için herhangi bir işlem için hastadan izin alınmalı, hastanın yapılan işleme kendini psikolojik olarak hazırlaması için fırsat verilmeli, yapılan işlem anlatılmalı ve hastanın odasına girerken kapısı çalınmalıdır (Palabıyıkoglu, 2000).

2.3. Öz Bakım ve Öz Bakım Davranışları

Öz bakım; birey aracılığıyla yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek amacıyla başlatılan ve uygulanan eylemlerdir. Öz bakım bireyin sağlığı için kendi çabası ile bir şeyler yapmasıdır (Kara, 2001). Fiziksel, zihinsel ve emosyonel sağlığı geliştirmek, hastalıklardan korunmak için gerekli olan bakım davranışlarına etkin bireysel katılımı ve performansı gösterebilmek, var olan durumun korunması ve durumdaki değişiklikleri fark edebilmek için öz bakım gereklidir (Buck ve ark., 2014). Öz bakım kavramı 1959 yılında Dorethea Orem tarafından geliştirilmiştir. Orem; öz bakım kavramını “bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması” olarak tanımlanmaktadır. Orem’e göre öz bakımdaki esas amaç bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yüklenbilmesidir (Kara, 2001; Velioğlu, 2012).

Öz bakım, uygulama ve tedaviye yönelik eylemleri içeren pozitif bir yaklaşımdır (Velioğlu, 2012). Bireyin öz bakım gücü/yeteneği kendisi için gerekli olan aktiviteleri gerçekleştirebilmesi ile ilişkilidir. Öz bakım gücü, bireyin bakım ihtiyaçlarını giderebilmesi için kazanmış olduğu bir yetenektir. Yaşam sürecinin düzenlenmesi ve gelişmesini sağlar (Özer ve Sezgin, 2015). Bireyin öz bakım gücünü kullanabilmesi için kendine dikkat etme, kendini önemseme, fiziksel gücünü kullanma ve yönetebilme, karar verirken öz bakım bilinciyle düşünme, motivasyon, öz bakım kararını verme ve harekete geçirme, aktiviteleri sıraya koyma ve gerçekleştirmede süreklilik gibi özellikleri olmalıdır. Öz bakım davranışlarının gelişmesi; zaman, eğitim, kültür, etkileşim ve iletişim ile olmaktadır (Avila ve ark., 2013; Özer ve Sezgin, 2015). İlaçların düzenli kullanımı, önerilen diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum, stresle baş edebilme gibi uygulamalar öz bakım aktivitelerine örnek olarak verilebilir (Baydemir ve ark., 2013; Alemdar ve Pakyüz, 2015; Aşlar, 2015; Akbıyık ve ark., 2016).

Öz bakım yönetimi; kronik hastalığa yönelik sorumluluk almayı, profesyonel yaklaşımı ve ona uygun sağlık davranışlarını gerektirir. Hastalığı ve hastalığa ilişkin semptomları tanılama, semptomu değerlendirme, verilen tedaviyi uygulama/hayata geçirme ve sonuçlarını değerlendirme gibi davranışların sergilenmesini içerir (Ryan ve Sawin, 2009; Avila ve ark., 2013; Pour ve ark., 2016).

Bireyler yaşamlarının bazı dönemlerinde ve hastalık durumlarında öz bakım davranışlarını yerine getirememektedir, kısmen ya da tamamen yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle öz bakım önemli bir sorun haline gelmektedir (Fertelli ve Tel, 2007). Bireyin öz bakım gücüne sahip olması, duruma yönelik öz bakım davranışlarını öğrenmesi ve yerine getirmesi duruma uyumunu ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Böylece hastalığın kontrolü sağlanarak komplikasyon gelişimi önlenmektedir ve yaşam süresi uzamaktadır (Fertelli ve Tel, 2007). Öz bakım davranışlarını yerine getiremeyen bireylerde öz bakım eksikliğine bağlı kendi sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersizlikler görülmektedir (Özer ve Sezgin, 2015).

Öz bakım davranışlarının ve uyumun sağlanabilmesi için hasta bireye ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi gerekmektedir (Fertelli ve Tel, 2007). Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; bireyin sağlığının korunması, hayatın devamı, hastalık ve sakatlıkların tedavi edilmesi ve komplikasyonları ile baş edilmesi için bireye yardımcı olma yani bireyin bakım sorumluluğunu alabilmesi için ihtiyaç duyduklarının karşılanması üzerinedir (Özer ve Sezgin, 2015). Hemşirelik uygulamalarının amacı da bireylerin öz bakım ihtiyaçlarını belirleme ve gidermede bireylere yardım etmektir. Hemşire bunu yaparken; hastanın tedavi edici öz bakım davranışlarını yönetebilmesinde yardımcı olur, hastayı öz bakım davranışlarını yardım almadan yapabilmesi için yönlendirir, hastanın bakımını sağlamak ve devam ettirebilmek için aile ya da bakımdan sorumlu bireylere uygun hemşirelik yönetimi ve danışmanlığı sağlar (Badır Durademiir, 2005; Akbıyık ve ark., 2016).

2.3.1. Kalp Yetmezliğinde Öz Bakım Davranışları ve Hemşirelik Yaklaşımları

KY yönetimi, mortaliteyi ve hastaneye gereksiz yatışları azaltmak, semptom yönetimini sağlamak amacıyla karmaşık bir tedavi rejimi gerektirir. Son yıllarda KY tedavisinde kullanılan bir takım cihazlar (implante edilebilir defibrilatör, biventriküler

pacemaker ve sol ventrikül destek cihazları) öz bakımı dikkat ve çaba gerektiren bir konu haline getirmiştir (Özer ve Sezgin, 2015).

KY'ni en iyi şekilde yönetebilmenin birinci yolu öz bakıma dayanmaktadır (White ve ark., 2014). KY'nde öz bakım; fizyolojik stabiliteyi sağlamak ve semptomlar ortaya çıktığında baş edebilmek için kullanılan doğal bir karar verme sürecidir (Avila ve ark., 2013; Pour ve ark., 2016). KY'nde hastalığın etkin yönetimini sağlamak, hastaneye tekrarlı yatışları ve hastalığın ekonomik yükünü azaltmak için semptomlar ortaya çıktığında öz bakım yönetiminin uygulanması gerekmektedir (Riegel ve Dickson, 2008; Jaarsma ve ark., 2009; Harkness ve ark., 2013; Özer ve Sezgin, 2015; Pour ve ark., 2016). Etkili bir öz bakım yönetiminde hasta, KY'ne ilişkin semptomları tanımalı, semptomun ciddiyetini değerlendirmeli, bununla ilgili bir girişimde bulunmalı ve uyguladığı tedavinin etkinliğini değerlendirebilmelidir (Riegel ve Dickson, 2008). KY olan bireylerin KY semptomlarını günlük olarak takip etmemeleri, semptom geliştiğinde bunu erken anlayamamaları nedeniyle tıbbi yardım aramayı geciktirdikleri araştırmalar sonucu görülmüştür (Evangelista ve ark., 2000; Parshall ve ark., 2001; Artinian ve ark., 2002).

KY'nin tedavisi yaşam boyu sürer ve öz bakım, tedavinin başarılı olmasında önemli bir etkidir (McMurray ve ark., 2012). KY tanısı olan bireyler; karmaşık tedavi planını yönetebilme, kilo izlemi, egzersiz, su ve tuz kısıtlaması, nefes darlığı, ödem ve yorgunluk gibi semptomların düzenli takibini ve semptom geliştiğinde uygun girişimleri yapabilme ve girişimlerinin etkinliğini değerlendirebilme gibi öz bakım davranışlarını yerine getirmek zorundadır (Evangelista ve ark., 2000; Parshall ve ark., 2001; Artinian ve ark., 2002; Riegel ve ark., 2009). Hastalığın etkin yönetilmesini, bireyin yaşam kalitesinin artırılması ve baş etmede başarı sağlamak için öz bakım davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitim programları geliştirilmelidir (Baydemir ve ark., 2013; Özer ve Sezgin, 2015; Pour ve ark., 2016).

KY bakım yönetiminde hemşireler, fiziksel hareketliliği sürdürme, semptomları ağırlaştıracak (aşırı fiziksel aktivite, tuz ve sıvı tüketimi, yağlı beslenme vb.) davranışlardan kaçınma ve gelişebilecek atakların hasta tarafından en erken zamanda fark edilmesi amacıyla kapsamlı bir hasta ve aile eğitimiyle bireylerin öz bakım yeteneklerini geliştirmelidir (Alkan Öz ve Enç, 2015; Özer ve Sezgin, 2015; Kasapoğlu ve Enç, 2017). KY olan bireylerde hemşirelerin vermiş olduğu destekleyici

eğitimin öz bakım davranışları, bireysel izlem ve tedaviye uyumda etkili olduğu görülmüştür (Yancy ve ark., 2013). Hemşirenin aktif olarak yer aldığı bakım ve izlem programlarının KY olan hastaların yaşam kalitesini yükselttiği ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı araştırmalar sonucunda görülmüştür (Annema ve ark., 2009; Cockayne ve ark., 2014). KY olan hastalara taburculuk öncesinde hemşire yönetiminde yapılan eğitim ve KY yönetim programının KY nedeniyle hastaneye yatışlarda azalma sağladığı Lambrinou ve ark. (2012)'nin sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında belirtilmiştir. Yu ve ark. (2006)'nin araştırmasında KY yönetim programlarında hemşirelerin yer almasının önemli olduğu ve taburculuk öncesi kardiyak bakım alanında uzman hemşirelerin yaptıkları girişimlerin hasta sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmiştir.

2.4. Psikososyal Uyum ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki

Psikososyal uyum, tanı ve tedavi maksadıyla hastaneye yatma, hastalığın ilerlemesi, tedavi ve öz bakım yetersizliği ile ilgili istek ve değişimlerle ilişkilidir. Hastalık ve tedavi ile ilgili tüm faktörler psikososyal uyumu etkilemektedir (Erşan ve ark., 2016). Hastanın yoğun stres yaşadığı tanı aşamasında ve hastalık ilerledikçe, depresyon görülebilmektedir (Karadokovan ve Eti Aslan, 2010). Kronik hastalıklarda hastaların bakımından sorumlu aileleri de yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlamada hastalar kadar sorun yaşayabilmektedir (Schwarz ve Elman, 2003). Hasta ve ailesi rollerini, umutlarını ve hayattaki amaçlarını tekrar şekillendirmek zorunda kalabilmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde duyu kaybı, önsezi ve kontrol kaybı, mortalitenin artması, önemli rollerin ve arkadaşlığın kaybı, cinsel yetenek kaybı, gelecek kaygısı, yaşamın anlam ve amacının kaybı, tedavi yöntemlerinden ve ölümden korkma gibi kaygı ve korkular görülmektedir. Ayrıca geleceğe dair plan ve amaçlarda, rollerde, arkadaşlık ilişkilerinde, günlük rutinlerde, sağlığın korunması, aktivite ve uyku ile beden imajında değişim ile birlikte ekonomik sıkıntılar ve mutlu edici durumların kaybı gibi kişisel değişim olayları da görülmektedir (Karadokovan ve Eti Aslan, 2010; Özdemir ve Taşçı, 2013). Ayrıca hastalığa psikososyal uyumun sağlanamaması yetersiz öz bakım davranışlarına yol açarak komplikasyon gelişmesini hızlandırabilmektedir (Türten ve Akdemir, 2016).

KY'nde hastalığa uyum, hastalığın seyrini, hastaneye yatış sıklığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Doğru ve Karadokovan, 2016). KY yönetiminin başarılı olması için hasta ve ailelerinin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlaması gerekir. İlaç

tedavisinde hastalar gün içerisinde birden fazla ilaç almak zorunda kalabilir. Hastalardan diyet ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin; hastaların istekleri, gelenek ve kültürel yapılarına uymayan bir takım değişiklikler yapması istenebilir. Hastalar yeni kısıtlamalar ve sınırlılıklarla yaşama düşüncesine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum göstermelidir (Özer ve Argon, 2005).

Özer ve Argon (2005) KY’nde sağlık davranışlarını belirlemeye ilişkin yaptıkları araştırmada, doktor tarafından hastaların %94,1’ine bir diyet önerildiği, önerilen diyete %39,2’sinin tamamen uyduğu, %23,5’nin ise uymadığı saptanmış olup hastaları davranış değişikliğine sevk etme ve davranışı sürdürmeye ilişkin müdahale geliştirme konusunda hastaların algıları, becerileri ve bu konularla baş edebilme yeteneklerinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SEAH) Kardiyoloji Polikliniği, Kardiyoloji Kliniği ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde (KYBÜ) Mart - Ağustos 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Kardiyoloji kliniği, 8 uzman hekim, 11 klinik ve 1 EKO hemşiresi, 1 sekreter ve 5 personel ile hizmet veren 25 yataklı (15 oda, 1 suit oda) bir servistir. Ayrıca; kliniğe bağlı EKO, transözofagial EKO, kontrast EKO'nun yapıldığı, yatan hastalar ve konsültasyonların değerlendirildiği EKO odası bulunmaktadır. KYBÜ, zemin katta görüntüleme merkezinin bulunduğu alanda yer alan, 1 ön geçiş alanı, arena tipi toplam 10 yatağı bulunan, 18 hemşire, 5 personel ve 1 sekreter ile birinci basamak yoğun bakım hizmeti veren bir servistir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mart - Ağustos 2017 tarihleri arasında SEAH Kardiyoloji Polikliniği, Kardiyoloji Kliniği ile KYBÜ'ne KY tanısı ile başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini Mart - Ağustos 2017 tarihleri arasında SEAH Kardiyoloji Polikliniği, Kardiyoloji Kliniği ve KYBÜ'ne KY tanısı ile tedavi görmek üzere başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalar oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- KY tanısını en az 6 ay önce almış olma,
- 18 yaşın üzerinde olma,
- Okur yazar olma,
- İletişim kurulabiliyor olma,
- Türkçe konuşabiliyor olma,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almamış olma,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın güç analizi GPower version 3,1 istatistik analiz programında yapılmıştır. Analiz sonucunda %95 güven aralığında ve 0,95 güç oranıyla minimum 111 katılımcıdan oluşması gerektiği saptanmıştır. Örneklemden çıkarılma kriterlerine bağlı olarak, katılımcı sayısının azalabileceği sebebiyle güç oranında azalmanın önlenmesi için örneklemin 130 katılımcıdan oluşmasına karar verilmiştir. Bu nedenle araştırmanın örneklem sayısı 130 hasta olarak belirlenmiştir.

Araştırma sürecinde toplamda 138 hastaya ulaşılmıştır. 8 hasta veri formunda hatalı işaretleme nedeniyle araştırmaya alınmamıştır. Araştırma 130 hasta ile yürütülmüştür.

3.3.1. Ön Uygulama

Anket formunun ön uygulaması, SEAH Kardiyoloji Polikliniği, Kardiyoloji Kliniği ve KYBÜ'ne KY tanısı ile başvuran 10 hasta ile yapılmıştır. Anlaşılmayan sorular belirlenip düzeltilmiş; ön uygulama sonrası anket formuna son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek (Adaylar, 1995; Çam ve ark., 2009; Çam ve Nehir, 2011; Türkmen ve Çam, 2012; Baydemir ve ark., 2013; Pour ve ark., 2016) hazırlanan hastaların tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren anket formu (EK - 1), Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (EK 2), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği - 12 (EK 3) kullanılarak toplanmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından belirtilen kliniklerde, hastalar için uygun olan saatlerde (tedavi, yemek saatleri dışında) görüşülerek toplanmıştır. Hastalar, anket formu ve ölçekleri kendileri okuyarak yanıtlamıştır. Veri toplama araçlarının yanıtlanması yaklaşık 20 - 25 dakika sürmüştür.

3.4.2. Veri Toplama Araçları

Anket Formu (EK 1)

Anket formu, ilgili literatür doğrultusunda (Adaylar, 1995; Çam ve ark., 2009; Çam ve Nehir, 2011; Türkmen ve Çam, 2012; Baydemir ve ark., 2013; Pour ve ark., 2016) araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup hastaların tanımlayıcı (cinsiyet, yaş, BKİ, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişiler, sürekli yaşadığı yer, sosyal güvence varlığı, gelir durumu, sigara alkol kullanma süresi) ve hastalığa ilişkin özellikleri (hastalık süresi, hastaneye yatış deneyimi, ailede kalp hastalığı varlığı, ek bir kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaçlar, sağlık kontrollerine gelme durumu, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma, hastalığa ilişkin sorunlarla baş etme şekli, kendi kişisel bakımında yardım alma durumu, NYHA sınıflandırması) içeren toplam 28 sorudan oluşmaktadır.

Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (EK 2)

Orijinal adı Psychosocial Adjustment to Illness Scale - Self Report (PAIS - SR) olan, Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir (Derogatis 1986). Bu ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir. PAIS-SR ölçeğinde 46 madde ve 7 alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; sağlık bakımına uyum, mesleki çevresi, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik distrestir.

Sağlık bakımına uyum alt boyutu; hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma ve hastalığa uyumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Alt boyuttan alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “24”tür.

Mesleki çevre alt boyutu; hastaların mesleki çevrelerine uyumunu ölçen 6 maddeden oluşmaktadır. Alt boyuttan alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “18”dir.

Aile çevresi alt boyutu; hastaların ailevi sorunları, fiziksel hastalığın hasta ile aile bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Alt boyuttan alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “24”dür.

Cinsel ilişkiler alt boyutu; hastaların fiziksel hastalığın cinsel hayatını nasıl etkilediğini ölçen 6 maddeden oluşmaktadır. Alt boyuttan alınan en düşük puan “0”, en

yüksek puan “18”dir. Ölçekte belirtildiği üzere bu alt boyutta evli olmayan, bir ailesi olmayan ya da şu anda birlikte olduğu biri olmayan katılımcılar bu alanı işaretlememiştir.

Geniş aile ilişkileri alt boyutu; hastaların fiziksel hastalığı hasta ile akraba/yakınları arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçen 5 maddeden oluşmaktadır. Alt boyuttan alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “15”dir.

Sosyal çevre alt boyutu; hastaların fiziksel hastalığı sosyal hayatını nasıl etkilediğini ölçen 6 maddeden oluşmaktadır. Alt boyuttan alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “18”dir.

Psikolojik distres alt boyutu; hastaların fiziksel hastalığı üzüntü, endişe ve stres durumunu nasıl etkilediğini ölçen 7 maddeden oluşmaktadır. Alt boyuttan alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “21”dir (Derogatis, 1986).

Ölçekte, her alan için uyumun değişen düzeylerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmaktadır. Hastalardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi kişisel deneyimlerini en iyi/en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçmesi istenmektedir (Derogatis 1986). Her bir madde 0’dan 3’e kadar değişen puanlar üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. Ölçekten elde edilen minimum ve maksimum puan 0 - 138 arasındadır. Bu ölçekte, düşük puanlar hastalığa “iyi psikososyal uyumu”, yüksek puanlar hastalığa “kötü psikososyal uyumu” gösterir. PAIS - SR ile yapılan çalışmalarda 35’in altındaki puanlar iyi (good) psikososyal uyumu, 35 - 51 arası puanlar orta derecede iyi (fair) psikososyal uyumu ve 51’in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade eder şekilde değerlendirmektedir (Derogatis, 1986; Adaylar 1995). Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği’nin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Adaylar tarafından (1995) “Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri” isimli doktora tezinde yapılmış olup cronbach alfa katsayısı alt boyutlar için sırası ile 0,87, 0,85, 0,80, 0,95, 0,89, 0,93, 0,83, tüm ölçek için 0,94 olarak belirlenmiştir (Adaylar 1995). Bu araştırmada ise cronbach alfa kat sayıları alt boyutlar için 0,557 - 0,858 arasında değişmekte olup PAIS - SR ölçek genel alfa değeri 0,896 olarak elde edilmiştir.

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği - 12 (EK 3)

Jaarasma ve ark. (2003) tarafından KY olan bireylerde öz bakım davranışları değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Baydemir ve ark. (2013) tarafından yapılmış ve iç tutarlığı cronbach alfa katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada cronbach alfa katsayısı 0,536 olarak elde edilmiştir. Bu ölçek KY'ne ilişkin ödem, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomları tanılamayı; bu semptomlara yönelik ilaçların düzenli kullanılması, sıvı ve tuz kısıtlaması, diyet, egzersiz düzenlemesi, sağlık personeliyle iletişim gibi tedavi uygulama ve kilo takibi, ödem takibi gibi öz bakımı değerlendirme aktivitelerini ölçen 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlamasında likert tipi ölçek (1-5 arası) kullanılmıştır. Bu ölçekte bölümler "hiç katılmıyorum 5, katılmıyorum 4, kararsızım 3, katılıyorum 2 ve tamamen katılıyorum 1" şeklinde puanlanmıştır. Ölçeğin total puanı 12-60 arası değişmekte olup, 12-36 puan öz bakım davranışın uygun ve 37-60 arası puan öz bakım davranışın yetersiz olduğunu göstermektedir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada, katılımcıların tanıtıcı (cinsiyet, yaş, BKİ, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişiler, sürekli yaşadığı yer, sosyal güvence varlığı, gelir durumu, sigara alkol kullanma süresi) ve hastalığa ilişkin özellikleri (hastalık süresi, hastaneye yatış deneyimi, ailede kalp hastalığı varlığı, ek bir kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaçlar, sağlık kontrollerine gelme durumu, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma, hastalığa ilişkin sorunlarla baş etme şekli, kendi kişisel bakımında yardım alma durumu, NYHA sınıflandırması) bağımsız değişkenler, hastalığa psikososyal uyum ve öz bakım davranışları ortalama ve ortanca puanları bağımlı değişkenlerdir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 23 (Statistical Package For The Social Sciences 23,0 for Windows) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan yöntemlerden Mann Whitney U testi (U) ile Kruskal Wallis testi (X^2) kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında ise bağımsız örnekler t testi ile tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyonu ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren nicel veriler ortalama \pm standart sapma, normal dağılım göstermeyenler ise ortanca (min-mak) şeklinde sunulmuştur. Nitel verilerin sunumu ise yüzde (%) şeklinde yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma; SEAH'nde belirtilen kliniklerde, araştırma kriterlerine uyum sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile sınırlandırılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan OMÜ KAEK 2017/16 karar nolu, B.30.ODM.0.20.08/668 - 1176 izin alınmıştır (EK 4). Araştırmanın belirtilen kliniklerde uygulanabilmesi için Samsun Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden (EK 5) ve SEAH Tıpta Uzmanlık Etik Kurulu'ndan resmi izin alınmıştır (EK 6). Örneklem kapsamına alınan hastalara, araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan sözel onam alınmıştır. Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (PAIS - SR) ile Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği - 12'nin kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır (EK 7), (EK 8).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan KY tanısı olan bireylerin tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile psikososyal uyum ve öz bakım davranışları puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $65,8 \pm 10,8$ olarak belirlenmiştir. Hastaların %54,6'sının erkek, %46,9'unun ilkokul mezunu, %81,5'inin evli ve %73,1'inin üç ve üzeri çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların %46,2'si eşiyile birlikte yaşadığını, %34,6'sı ilçede yaşadığını, %37,7'si ev hanımı olduğunu bildirmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %73,1'inin kardiyoloji kliniğinde yattığı, %51,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %53,8'inin sigara, %79,2'sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Hastaların %36,2'sinin fazla kilolu olduğu saptanmıştır (BKİ 18,5 - 24,9 (normal), 25 - 29,9 (fazla kilolu), 30 ve üzeri (obez)).

Tablo 3. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n= 130)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	59	45,4
	Erkek	71	54,6
Eğitim Durumu	Okuryazar	44	33,8
	İlkokul	61	46,9
	Ortaokul	14	10,8
	Lise	8	6,2
	Üniversite	3	2,3
Medeni Durum	Evli	106	81,5
	Bekar	24	18,5
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Yok	6	4,6
	1	9	6,9
	2	20	15,4
	3 ve üzeri	95	73,1
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	5	3,8
	Eşimle	60	46,2
	Eşim ve çocuklar	42	32,3
	Diğer aile üyeleri	23	17,7
Yaşadığı Yer	İl	43	33,1
	İlçe	45	34,6
	Köy	42	32,3
Meslek	Memur	3	2,3
	İşçi	14	10,8
	Çiftçi	12	9,2
	Emekli	41	31,5
	Ev hanımı	49	37,7
	Serbest meslek	11	8,5
Hastanın Bulunduğu Klinik	Kardiyoloji Kliniği	95	73,1
	Koroner Yoğun Bakım	29	22,3
	Kardiyoloji Polikliniği	6	4,6
Gelir Durumu	Geliri giderinden fazla	10	7,7
	Geliri giderinden az	53	40,8
	Geliri giderine eşit	67	51,5

Tablo 3. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=130) (devam)

Sigara İçme Süresi	Kullanmıyor	70	53,8
	1 - 4 yıl	3	2,3
	5 - 10 yıl	4	3,1
	11 yıl ve üzeri	53	40,8
Alkol Kullanma Süresi	Kullanmıyor	103	79,2
	1 - 4 yıl	11	8,5
	5 - 10 yıl	3	2,3
	11 yıl ve üzeri	13	10,0
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Normal (18,5 - 24,9)	45	34,6
	Fazla kilolu (25 - 29,9)	47	36,2
	Obez (30 ve > 30)	38	29,2
Yaş ortalaması	65,8±10,8	130	100
Toplam		130	100

Tablo 4. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=130)

Hastalığa ilişkin özellikler		n	%
Hastalık Süresi	0 - 2 yıl	31	23,8
	3 - 5 yıl	37	28,5
	6 - 8 yıl	13	10,0
	9 ve üzeri yıl	49	37,7
Hastaneye Yatış Deneyimi	Yok	7	5,4
	1 kez	29	22,3
	2 kez	18	13,8
	3 kez ve üzeri	76	58,5
Ailede Kalp Hastalığı Varlığı	Evet	83	63,8
	Hayır	47	36,2
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı	Evet	89	68,5
	Hayır	41	31,5
Kullandığı İlaç Sayısı	1 tane	9	6,9
	2 tane	16	12,3
	3 tane ve üzeri	105	80,7
Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	Kontrolüm yok	24	18,5
	Düzenli	64	49,2
	Aksatıyorum	27	20,8
	Gitmiyorum	15	11,5
Hastalığı/Tedavisi Hakkında Bilgi aldığı Kişi	Bilgi almadım	10	7,7
	Hekim	116	89,2
	Hemşire/Sağlık Çalışanı	4	3,1
Hastalık İle İlgili Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişi	Ailemle konuşurum	65	50,0
	Arkadaşlarımla konuşurum	4	3,1
	Kendi kendime çözerim	4	3,1
	Doktor ya da hemşire ile konuşurum	57	43,8
Kendi Bakımı İçin Yardım Alma Durumu	Yardım almıyorum	50	38,5
	Eşimden	35	26,9
	Çocuklarımdan	43	33,1
	Akraba	2	1,5

Tablo 4. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=130) (devam)

NYHA Sınıflandırması	Sınıf I	5	3,8
	Sınıf II	26	20,0
	Sınıf III	67	51,5
	Sınıf IV	32	24,6
Toplam		130	100

Tablo 4.'te hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine ait dağılımları görülmektedir. Buna göre hastaların %37,7'si 9 ve üzeri yıl KY hastası olduğunu, %58,5'i daha önce üç defadan fazla hastaneye yatış deneyimi olduğunu, %63,8'i ailesinde kalp hastası olduğunu, %68,5'i başka bir kronik hastalığının bulunduğunu ve %80,7'si üçten fazla ilaç kullandığını bildirmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %49,2'si düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiğini, %89,2'si hastalığı/tedavisi hakkında bilgiyi hekimden aldığını, %50,0'si hastalığa dair bir sorun olduğunda ailesi ile konuşmayı tercih ettiğini ifade etmiştir. Kendi bakımı için eşinden yardım alanların oranı %26,9 iken çocuklarından yardım alanların oranı %33,1, yardım almayanların oranı ise %38,5'dir. Hastaların %51,5'nin NYHA sınıflandırmasına göre sınıf III'te yer aldığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Hastaların PAIS - SR ve alt boyutları ile AKYÖ puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Ortalama±S.Sapma	Min – Mak
PAIS – SR		
Sağlık Bakımına Uyum	8,5±3,4	0 – 24
Mesleki Çevre	10,4±3,9	0 – 18
Aile Çevresi	6,6±3,8	0 – 24
Cinsel İlişkiler (n=107)	9,1±4,4	0 – 18
Geniş Aile ilişkileri	2,3±2,4	0 – 15
Sosyal Çevre	9,2±5,0	0 – 18
Psikolojik Distres	6,6±4,0	0 – 21
PAIS – SR ölçek toplam puanı	51,1±17,3	0 – 138
AKYÖ	31,2±5,6	12 – 60

Hastaların PAIS - SR ve alt boyutları ile AKYÖ'nden aldıkları puan ortalamaları Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre; PAIS - SR toplam puan ortalaması 51,1±17,3 olarak bulunmuştur. PAIS - SR alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını 10,4±3,9 ile mesleki çevre alt boyutu alırken bunu 9,2±5,0 ile sosyal çevre, 9,1±4,4 ile cinsel ilişkiler, 8,5±3,4 ile sağlık bakımına uyum, 6,6±3,8 ile aile çevresi, 6,6±4,0 ile psikolojik distres ve 2,3±2,4 ile geniş aile ilişkileri takip etmiştir. AKYÖ toplam puan ortalaması ise 31,2±5,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre AKYÖ puan ortalamaları dağılımı (n= 130)

Tanıtıcı özellikler	Ortalama \pm S.Sapma	Test istatistiği	p
Cinsiyet			
Kadın	32,4 \pm 5,3	t=2,2	0,027
Erkek	30,2 \pm 5,7		
Eğitim Durumu			
Okuryazar	32,0 \pm 5,1		
İlkokul	30,7 \pm 5,9		
Ortaokul	29,6 \pm 4,6	F= 0,8	0,532
Lise	32,5 \pm 8,6		
Üniversite	33,0 \pm 3,5		
Medeni Durum			
Evli	30,6 \pm 5,5	t=-2,6	0,011
Bekar	33,8 \pm 5,7		
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
Yok	35,5 \pm 4,6		
1	27,6 \pm 5,1	F=2,6	0,055
2	31,8 \pm 6,4		
3 ve üzeri	31,1 \pm 5,4		
Birlikte Yaşadığı Kişiler			
Yalnız	35,0 \pm 7,1		
Eşimle	29,7 \pm 4,9	F=3,2	0,050
Eşim ve çocuklar	31,7 \pm 6,2		
Diğer aile üyeleri	33,0 \pm 5,2		
Meslek			
Memur	32,0 \pm 3,0		
İşçi	31,1 \pm 5,3		
Çiftçi	30,3 \pm 5,7	F=1,2	0,292
Emekli	29,7 \pm 5,9		
Ev hanımı	32,6 \pm 5,6		
Serbest Meslek	30,8 \pm 4,9		
Hastanın Bulunduğu Klinik			
Kardiyoloji kliniği	30,6 \pm 5,5		
Koroner yoğun bakım	32,1 \pm 5,5	F=2,4	0,098
Kardiyoloji polikliniği	35,2 \pm 6,5		

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, F: Tek Yönlü varyans analizi test istatistiği.

Tablo 6.'da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre AKYÖ puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır.

AKYÖ' den alınan puan ortalamaları incelendiğinde; kadın hastaların $32,4\pm 5,3$ puan ortalaması ile erkek hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. AKYÖ toplam puan ortalaması ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Üniversite mezunu olan hastaların AKYÖ puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu ile AKYÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bekar hastaların puan ortalamalarının $33,8\pm 5,7$ olduğu ve bu değer evli hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Medeni durum ile AKYÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuğu olmayan hastaların AKYÖ puan ortalamaları $35,5\pm 4,6$ olarak bulunmuştur. Puan ortalaması en düşük olan grubu $27,6\pm 5,1$ ile 1 çocuk sahibi olan hastalar oluşturmaktadır. Çocuk sahibi olma durumu ile AKYÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre AKYÖ ortalama puan değerlerine bakıldığında; yalnız yaşayan hastaların puan ortalamaları $35,0\pm 7,1$ olarak belirlenmiş ve diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Eşi ile beraber yaşadığını bildiren hastalar $29,7\pm 4,9$ puan ortalaması ile en düşük puan ortalamasına sahip grubu oluşturmuştur. Birlikte yaşadığı kişiler değişkeni ile AKYÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre AKYÖ puan ortalamalarına bakıldığında ev hanımlarının puan ortalamasının $32,6\pm 5,6$ olduğu, en düşük puan ortalamasını alan grubun ise $29,7\pm 5,9$ ile emeklilerin oluşturduğu belirlenmiştir. Meslek değişkeni ile AKYÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kardiyoloji polikliniğinde takip edilen hastaların AKYÖ puan ortalaması $35,2\pm 6,5$ olarak belirlenirken bunu sırasıyla $32,1\pm 5,5$ ile koroner yoğun bakımda tedavi gören hastalar ve $30,6\pm 5,5$ ile kardiyoloji kliniğinde yatan hastalar izlemektedir. Hastanın bulunduğu klinik değişkeni ile AKYÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre AKYÖ puan ortalamaları dağılımı (n=130)

Hastalık özellikleri	Ortalama \pm S.Sapma	Test İstatistiği	p
Hastalık Süresi			
0-2 yıl	32,8 \pm 6,7		
3-5 yıl	30,9 \pm 5,6	F=1,2	0,316
6-8 yıl	30,9 \pm 5,2		
9 ve üzeri yıl	30,4 \pm 4,9		
Hastaneye Yatış Deneyimi			
Yok	32,1 \pm 3,8		
1 kez	33,4 \pm 4,8	F=2,7	0,051
2 kez	29,1 \pm 4,6		
3 kez ve üzeri	30,7 \pm 6,1		
Ailede Kalp Hastalığı Varlığı			
Evet	31,2 \pm 5,9	t=0,0	0,985
Hayır	31,1 \pm 5,2		
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	30,7 \pm 5,1	t=-1,4	0,156
Hayır	32,2 \pm 6,6		
Kullandığı İlaç Sayısı			
1 tane	29(23-45)		
2 tane	32(22-49)	X ² =0,9	0,653
3 tane ve üzeri	31(19-42)		
Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu			
Kontrolüm yok	30,8 \pm 6,3		
Düzenli	30,5 \pm 5,3	F=1,0	0,418
Aksatıyorum	32,4 \pm 6,2		
Gitmiyorum	32,3 \pm 4,9		
Hastalığı/Tedavisi Hakkında Bilgi Aldığı Kişi			
Bilgi almadım	31,5 \pm 6,3		
Hekim	31,2 \pm 5,6	F=0,5	0,627
Hemşire/Sağlık çalışanı	28,5 \pm 5,5		
Kendi Bakımı İçin Yardım Alma Durumu			
Yardım almıyorum	31,2 \pm 6,2		
Eşimden	29,5 \pm 5,2	F=2,7	0,050
Çocuklarımdan	32,1 \pm 4,9		
Akraba	38,5 \pm 4,9		

Tablo 7. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre AKYÖ puan ortalamaları dağılımı (n=130) (devam)

NYHA Sınıflandırması			
Sınıf I	34,2 ± 4,4		
Sınıf II	31,3 ± 6,8	F=0,6	0,637
Sınıf III	31,1 ± 5,8		
Sınıf IV	30,7 ± 4,3		

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, F: Tek yönlü varyans analizi test istatistiği, X²: Kruskal Wallis analizi

Tablo 7.'de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre AKYÖ puan ortalamaları dağılımı görülmektedir.

Hastaların hastalık süresine göre AKYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hastalık süresi 0 - 2 yıl olan hastaların puan ortalaması 32,8±6,7 olup diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. AKYÖ puan ortalaması en düşük grubu ise 30,4±4,9 ile 9 ve üzeri yıl hastalık süresine sahip olan hastalar oluşturmaktadır (p>0,05). Hastaneye bir kez yatış deneyimi olduğunu belirten hastaların AKYÖ puan ortalamaları 33,4±4,8 olarak belirlenirken bunu 32,1±3,8 puan ortalaması ile hastaneye yatış deneyimi olmayan hastalar takip etmiştir. AKYÖ toplam puan ortalaması ile hastaneye yatış deneyimi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Ailesinde kalp hastalığı bulunanların AKYÖ toplam puan ortalaması 31,2±5,9, eşlik eden kronik hastalığı bulunmayanların ise 32,2±6,6 olarak belirlenmiştir (p>0,05).

Hastaların kullandığı ilaç sayısına göre AKYÖ puan ortanca değerleri incelendiğinde; 1 tane ilaç kullananların ortanca değeri 29 iken; 3 ve üzeri ilaç kullananların 31, 2 ilaç kullananların ortanca değeri 32 olarak belirlenmiştir (p>0,05).

Sağlık kontrollerini aksattığını bildiren hastaların 32,4±6,2; hastalığı/tedavisi hakkında bilgi almayanların 31,5±6,3 ve kendi bakımı için akrabasından yardım alanların AKYÖ puan ortalaması 38,5±4,9 olarak belirlenmiştir.

NYHA sınıflandırmasına göre I. sınıfta olan hastalar 34,2±4,4 puan ortalaması ile en yüksek grubu oluşturmuştur (p>0,05).

Tablo 7.'de sorgulanan değişkenler ile AKYÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 8. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre PAIS - SR ve alt boyutları ortanca değerlerinin dağılımı (n=130)

Tanıtıcı özellikler	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler*	Geniş İlişkileri	Aile Sosyal Çevre	Psikolojik Distres	PAIS – SR ölçek toplam ortanca değeri
Cinsiyet								
Kadın	9(4-17)	12(0-16)	7(1-17)	12(0-16)	2(0-8)	10(0-18)	7(0-17)	56(20-87)
Erkek	8(0-19)	10(1-18)	5(0-18)	9(0-17)	1(0-14)	8(0-18)	6(0-17)	46(10-101)
Test istatistiği	U=1523,5	U=1816,0	U=1635,0	U=882,0	U=1851,0	U=1676,0	U=1774,5	U=1610,5
p	0,000	0,200	0,000	0,001	0,200	0,000	0,100	0,000
Eğitim Durumu								
Okuryazar	9(4-17)	12(0-16)	7(1-17)	12(0-16)	2(0-7)	11(1-18)	6,5(0-15)	56,5(30-87)
İlkokul	8(2-15)	10(1-18)	6(0-18)	10(0-17)	1(0-14)	9(0-18)	7(1-17)	50(10-101)
Ortaokul	6(0-13)	11(3-16)	6,5(1-12)	9(0-13)	1(0-4)	7(0-18)	5(2-10)	44(12-78)
Lise	9(3-19)	7,5(3-13)	3,5(3-13)	9(0-13)	1(0-5)	7(0-14)	6,5(1-17)	47,5(19-69)
Üniversite	7(4-11)	8(2-13)	3(2-10)	7(0-11)	6(1-6)	11(5-18)	12(2-13)	46(36-70)
Test istatistiği	$X^2=7,8$	$X^2=8,8$	$X^2=6,4$	$X^2=9,4$	$X^2=3,1$	$X^2=6,9$	$X^2=3,3$	$X^2=4,4$
p	0,099	0,066	0,170	0,051	0,548	0,141	0,506	0,349
Medeni Durum								
Evli	8(0-19)	10(0-16)	6(0-18)	11(0-17)	1(0-10)	9(0-18)	6(0-17)	52(10-101)
Bekar	10,5(4-17)	12,5(4-18)	7,5(3-18)	12(0-12)	2(0-14)	11(1-18)	7,5(0-15)	51(30-95)
Test istatistiği	U=788,5	U=829,0	U=913,0	U=148,0	U=1049,5	U=969,0	U=1157,5	U=1241,0
p	0,000	0,000	0,000	0,857	0,200	0,100	0,500	0,900

Tablo 8. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre PAIS - SR ve alt boyutları ortanca değerlerinin dağılımı (n=130) (devam)

Çocuk Sahibi Olma Durumu								
Yok	11(0-15)	14(5-18)	14(1-18)	9(0-15)	6(3-14)a	16(0-18)	7(2-15)	76,5(12-95)
1	5(2-11)	10(2-15)	5(2-10)	10,5(6-12)	1(0-6)b	8(0-18)	7(0-13)	46(29-70)
2	7(1-19)	9(3-16)	4,5(1-12)	8,5(0-13)	1(0-7)b	7,5(0-16)	5,5(0-12)	42,5(19-69)
3 ve üzeri	9(3-17)	11(0-16)	6(0-18)	11(0-17)	2(0-10)b	9(0-18)	6(0-17)	54(10-101)
Test istatistiği	$X^2=7,4$	$X^2=5,4$	$X^2=6,0$	$X^2=5,9$	$X^2=16,0$	$X^2=4,3$	$X^2=3,1$	$X^2=8,8$
p	0,059	0,142	0,111	0,116	0,001	0,227	0,373	0,050
Birlikte Yaşadığı Kişiler								
Yalnız	8(5-15)ab	13(0-18)	13(5-18)a	12(12-12)	3(0-14)	6(1-18)	8(0-15)	43(32-95)
Eşimle	8(0-19)a	11(1-16)	6(0-18)ab	11(0-17)	1(0-10)	9(0-18)	6(0-17)	51,5(10-101)
Eşim ve Çocuklar	7,5(3-15)ab	10(2-15)	5(1-14)b	10(0-16)	2(0-10)	9(0-18)	6(0-17)	53,5(19-76)
Diğer aile üyeleri	10(4-17)b	12(4-16)	7(3-13)ab	12(0-13)	2(0-7)	12(2-18)	8(0-13)	52(30-78)
Test istatistiği	$X^2=8,9$	$X^2=7,5$	$X^2=10,5$	$X^2=2,3$	$X^2=3,2$	$X^2=4,9$	$X^2=1,3$	$X^2=0,5$
p	0,031	0,058	0,015	0,506	0,358	0,176	0,720	0,922
Meslek								
Memur	7(6-11)	3(2-8)	3(2-3)	2(0-11)ab	1(1-6)	6(5-11)	3(2-13)	36(24-46)
İşçi	7(2-17)	9(1-18)	4(0-18)	5(0-12)a	1(0-14)	6,5(0-18)	5(1-12)	33,5(10-95)
Çiftçi	8(4-11)	10,5(3-16)	5(1-11)	12(0-14)ab	1(0-4)	9(0-18)	4(2-13)	50,5(21-73)
Emekli	9(0-19)	11(3-16)	6(1-18)	10(0-17)ab	1(0-10)	8(0-18)	6(0-17)	46(12-101)
Ev hanımı	9(4-15)	12(0-16)	7(1-17)	12(0-16)b	2(0-8)	10(0-18)	8(0-17)	57(20-87)
Serbest meslek	11(6-15)	6(2-14)	9(0-12)	9(0-12)a	9(0-18)	6(1-13)	0(0-0)	50(19-76)
Test istatistiği	$X^2=6,5$	$X^2=9,1$	$X^2=10,5$	$X^2=25,3$	$X^2=4,4$	$X^2=5,0$	$X^2=5,3$	$X^2=9,5$
p	0,263	0,106	0,061	0,000	0,489	0,417	0,377	0,092

Tablo 8. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre PAIS - SR ve alt boyutları ortanca değerlerinin dağılımı (n=130) (devam)

Hastanın Bulunduğu Klinik								
Kardiyoloji kliniği	8(0-19)	11(0-18)	6(1-18)	11(0-17)	2(0-14)	9(0-18)	6(0-17)	53(12-101)
Koroner yoğun bakım	9(4-15)	12(1-16)	6(0-13)	11,5(0-13)	1(0-8)	9(0-18)	7(0-13)	52(10-76)
Kardiyoloji polikliniği	8(4-11)	8,5(5-11)	7,5(2-13)	10(0-12)	2(0-7)	8(0-12)	3,5(0-10)	43,5(20-60)
Test istatistiği	$X^2=0,9$	$X^2=2,7$	$X^2=1,1$	$X^2=0,5$	$X^2=4,3$	$X^2=1,0$	$X^2=3,8$	$X^2=1,8$
p	0,636	0,258	0,573	0,789	0,117	0,618	0,150	0,405

*: n değeri 107'dir. Ortanca (min – mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, X^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 8.'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre PAIS - SR ve alt boyut ortanca değerlerinin dağılımı görülmektedir. Buna göre; sağlık bakımına uyum alt boyutu hastaların cinsiyet ($p=0,000$), medeni durumu ($p=0,000$), birlikte yaşadığı kişiler ($p=0,031$) özellikleri yönünden farklılık göstermektedir. Sağlık bakımına uyum alt boyut ortanca değeri diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadınların, bekar olanların ve diğer aile üyeleri ile birlikte yaşayanların ortanca değerleri yüksek bulunmuştur.

Mesleki çevre alt boyutunun medeni duruma ($p=0,000$) göre farklılık gösterdiği ve bekar olan hastaların mesleki çevre ortanca değerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Aile çevresi alt boyutu hastaların cinsiyet ($p=0,000$), medeni durum ($p=0,000$) ve birlikte yaşadığı kişiler ($p=0,015$) özellikleri yönünden farklılık göstermektedir. Aile çevresi alt boyut ortanca değeri diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadınların, bekar olanların ve yalnız yaşayan hastaların ortanca değerleri yüksek bulunmuştur.

Cinsel ilişkiler alt boyutu ile cinsiyet ($p=0,001$) ve meslek değişkeni ($p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Cinsel ilişkiler alt boyutu diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadınların, çiftçi ve ev hanımı olanların ortanca puan değeri yüksek olarak belirlenmiştir.

Geniş aile ilişkileri alt boyutu ortanca değeri ile çocuk sahibi olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında geniş aile ilişkileri ortanca puan değerinin çocuğu olmayanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik distres alt boyutu ortanca puan değeri araştırmada sorgulanan tanıtıcı özelliklerden etkilenmezken, sosyal çevre ve PAIS - SR ölçek toplam puanı sadece cinsiyet değişkeninden etkilendiği ve kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p=0,000$).

Tablo 9. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre PAIS – SR ve alt boyutları ortanca değerlerinin dağılımı (n=130)

Hastalığa ilişkin özellikler	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler*	Geniş İlişkileri	Aile Sosyal Çevre	Psikolojik Distres	PAIS - SR ölçek toplam ortanca değeri
Hastalık Süresi								
0-2 yıl	8(3-19)	7(1-18)a	5(0-18)	6(0-16)a	1(0-14)	7(0-18)	6(1-17)	46(10-95)
3-5 yıl	9(0-16)	11(3-16)b	6(1-17)	11,5(0-16)ab	1(0-6)	9(0-18)	6(1-16)	53(19-68)
6 – 8 yıl	6(5-12)	10(1-15)ab	4(1-11)	12(0-14)b	1(0-7)	9(3-16)	3(0-12)	51(19-68)
9 ve üzeri yıl	9(1-15)	11(0-16)b	7(2-18)	12(0-17)b	2(0-10)	10(0-18)	7(0-17)	56(23-101)
Test istatistiği	$X^2=1,4$	$X^2=11,0$	$X^2=6,8$	$X^2=11,7$	$X^2=2,3$	$X^2=1,6$	$X^2=3,6$	$X^2=4,3$
p	0,705	0,012	0,077	0,008	0,510	0,671	0,303	0,230
Hastaneye Yatış Deneyimi								
Yok	9(4-11)	8(4-11)ab	3(1-5)b	6,5(1-11)	1(0-3)	6(0-9)	2(1-9)ab	42(21-44)b
1 kez	7(3-19)	10(1-16)a	5(0-14)ab	10,5(0-16)	1(0-10)	8(0-18)	5(1-15)ab	50(10-76)ab
2 kez	7,5(0-13)	7(0-15)ab	5(1-17)ab	9(0-15)	1(0-7)	8(0-17)	3,5(0-12)a	41,5(12-87)ab
3 kez ve üzeri	9(1-17)	11,5(2-18)b	7(1-18)a	12(0-17)	2(0-14)	10(0-18)	8(0-17)b	57(23-101)a
Test istatistiği	$X^2=2,0$	$X^2=13,9$	$X^2=15,0$	$X^2=7,0$	$X^2=5,7$	$X^2=7,8$	$X^2=14,7$	$X^2=15,9$
p	0,580	0,003	0,002	0,071	0,129	0,050	0,002	0,001
Ailede Kalp Hastalığı Varlığı								
Evet	8(1-16)	11(0-16)	6(0-18)	10(0-17)	1(0-10)	9(0-18)	7(0-17)	52(10-101)
Hayır	9(0-19)	11(2-18)	5(1-18)	11(0-15)	2(0-14)	10(0-18)	5(0-13)	51(12-95)
Test istatistiği	U=1666,5	U=1888,0	U=1735,0	U=1322,0	U=1843,0	U=1675,5	U=1412,5	U=1928,5
p	0,200	0,800	0,300	0,741	0,600	0,200	0,000	0,900

Tablo 9. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre PAIS – SR ve alt boyutları ortanca değerlerinin dağılımı (n=130) (devam)

Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı								
Evet	9(0-19)	12(1-16)	7(0-18)	12(0-17)	1(0-10)	10(0-18)	7(0-17)	56(10-101)
Hayır	9(2-17)	8(0-18)	5(1-18)	8(0-15)	2(0-14)	7(0-18)	5(0-12)	44(19-65)
Test istatistiği	U=1759,5	U=1217,0	U=1471,0	U=806,5	U=1683,5	U=1417,0	U=1305,5	U=1238,5
p	0,700	0,000	0,100	0,002	0,500	0,000	0,000	0,000
Kullandığı İlaç sayısı								
1 tane	10(0-13)	7(2-12)a	4(1-14)	7(0-11)a	2(0-10)	7(0-13)	5(2-13)	42(12-76)
2 tane	8,5(3-13)	8,5(3-14)a	3,5(1-17)	9(0-15)ab	1(0-7)	6,5(1-15)	6(1-10)	43,5(24-87)
3 tane ve üzeri	9(1-19)	11(0-18)b	6(0-18)	12(0-17)b	1(0-14)	10(0-18)	7(0-17)	56(10-101)
Test istatistiği	$X^2=0,0$	$X^2=14,6$	$X^2=5,8$	$X^2=8,1$	$X^2=3,0$	$X^2=7,9$	$X^2=1,0$	$X^2=8,0$
p	0,999	0,001	0,054	0,018	0,224	0,050	0,599	0,050
Sağlık kontrollerine Gitme Durumu								
Kontrolüm yok	9(3-19)b	7,5(3-15)b	5(1-17)	9(1-16)	2(0-10)	10(0-16)	4,5(0-15)	48,5(20-87)
Düzenli	7(0-16)a	11(0-16)ab	6(0-18)	11(0-17)	1(0-10)	9,5(0-18)	6(0-17)	53,5(10 -101)
Aksatıyorum	10(4-17)b	12(3-16)ab	7(1-17)	11,5(0-13)	1(0-7)	9(1-18)	7(1-17)	51(23-84)
Gitmiyorum	9(5-15)ab	13(4-18)a	7(1-18)	12(11-12)	2(0-14)	9(6-18)	9(1-13)	55(37-95)
Test istatistiği	$X^2=17,4$	$X^2=11,3$	$X^2=2,4$	$X^2=2,6$	$X^2=0,8$	$X^2=11$	$X^2=4,0$	$X^2=1,2$
p	0,001	0,010	0,496	0,463	0,848	0,785	0,265	0,749
Hastalığı/tedavisi hakkında bilgi aldığı kişi								
Bilgi almadım	10,5(5-15)	10(3-18)	6,5(2-18)	9(0-12)	1,5(0-14)	6,5(0-18)	4(0-12)	45(21-95)
Hekim	9(0-19)	11(0-16)	6(0-18)	11(0-17)	1(0-10)	9(0-18)	7(0-17)	52,5(10-101)
Hemşire/Sağlık çalışanı	7(4-9)	9(8-12)	5,5(2-11)	8,5(0-13)	3,5(2-6)	11(7-14)	4(2-8)	45,5(36-68)
Test istatistiği	$X^2=2,4$	$X^2=0,6$	$X^2=0,5$	$X^2=3,6$	$X^2=3,4$	$X^2=0,9$	$X^2=2,6$	$X^2=0,6$
p	0,297	0,754	0,771	0,165	0,187	0,639	0,271	0,755

Tablo 9. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre PAIS – SR ve alt boyutları ortanca değerlerinin dağılımı (n=130) (devam)

Kendi Bakımı İçin Yardım Alma Durumu								
Yardım almıyorum	7(3-19)	9(0-18)a	5(0-18)b	9(0-14)b	1(0-14)	7(0-18)b	5(0-15)	43,5(10-95)b
Eşimden	8(0-15)	12(5-16)b	6(1-18)ab	12(0-17)a	2(0-10)	9(0-18)ab	7(1-17)	58(12-101)a
Çocuklarımdan	9(4-17)	13(4-16)b	7(2-13)a	12(0-16)a	2(0-7)	12(0-18)a	7(0-17)	57(25-78)a
Akraba	14(13-15)	14(14-14)ab	17(17-17)a	15(15-15)ab	6(6-6)	16(15-17)ab	11(7-15)	85,5(84-87)a
Test istatistiği	$X^2=13,1$	$X^2=25,3$	$X^2=14,6$	$X^2=14,5$	$X^2=9,5$	$X^2=19,3$	$X^2=4,3$	$X^2=21,4$
p	0,050	0,000	0,002	0,002	0,050	0,000	0,234	0,000
NYHA Sınıflandırması								
Sınıf I	6(3-13)	4(3-6)a	2(2-3)a	2(1-5)a	1(0-3)	0(0-7)a	3(1-7)	24(20-27)a
Sınıf II	7(0-14)	6,5(0-13)a	3(0-14)a	9(0-16)a	2(0-10)	6,5(0-16)ac	5(0-17)	42(10-76)a
Sınıf III	9(2-19)	11(3-18)b	6(1-18)b	12(0-17)b	1(0-14)	9(0-18)bc	6(0-17)	54(23-101)b
Sınıf IV	9(1-16)	14(8-16)c	9(2-17)c	12(0-16)b	2(0-7)	13,5(1-18)b	8,5(0-15)	63(19-87)b
Test istatistiği	$X^2=3,7$	$X^2=56,3$	$X^2=30,0$	$X^2=22,0$	$X^2=1,5$	$X^2=22,9$	$X^2=9,6$	$X^2=31,6$
p	0,299	0,000	0,000	0,000	0,686	0,000	0,050	0,000

*: n değeri 107'dir. Ortanca(min – mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, X^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre PAIS - SR ve alt boyutları ortanca değerlerinin karşılaştırılması Tablo 9.'da verilmiştir. Buna göre; sağlık bakımına uyumun, sağlık kontrollerine gitme durumuna ($p=0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlenirken gruplar arası karşılaştırmada, kontrollerini aksatan hastaların ortanca puan değeri diğer gruplardan yüksek bulunmuştur.

Mesleki çevre alt boyut ortanca puan değeri, hastalık süresi ($p=0,012$), hastaneye yatış deneyimi ($p=0,003$), başka bir kronik hastalık varlığı ($p=0,000$), kullandığı ilaç sayısı ($p=0,001$), sağlık kontrollerine gitme durumu ($p=0,010$), kendi bakımı için yardım alma durumu ($p=0,000$) ve NYHA sınıflandırması ($p=0,000$) özellikleri yönünden farklılık göstermektedir. Gruplar arası karşılaştırmalara bakıldığında; 3 - 5 yıl ve 9 ve üzeri yıl hastalık süresine sahip olanların, 3 kez ve üzeri hastane yatış deneyimi olanların, başka bir kronik hastalığı olanların, 3 ve üzeri ilaç kullananların, sağlık kontrollerine gitmeyenlerin, akrabasından yardım alanların ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf IV'te bulunan hastaların mesleki çevre ortanca puan değerlerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Aile çevresi alt boyutu ortanca puan değeri ile hastaneye yatış deneyimi ($p=0,002$), kendi bakımı için yardım alma durumu ($p=0,002$) ve NYHA sınıflandırması ($p=0,000$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bulgular incelendiğinde; hastaneye yatış deneyimi 3 kez ve üzeri olanların, kendi bakımı için akrabalarından yardım alanların ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf IV'te olan hastaların aile çevresi ortanca puan değerleri yüksek bulunmuştur.

Cinsel ilişkiler alt boyut ortanca puan değeri hastalık süresi ($p=0,008$), başka bir kronik hastalık varlığı ($p=0,002$), kendi bakımı için yardım alma durumu ($p=0,002$) ve NYHA sınıflandırması ($p=0,000$) özellikleri yönünden farklılık göstermektedir. Gruplar arası karşılaştırmalara bakıldığında, hastalık süresi 6 – 8 yıl ile 9 ve üzeri yıl olanların, başka bir kronik hastalığı olanların, kendi bakımı için akrabasından yardım alanların ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf III ve IV'te yer alan hastaların cinsel ilişkiler ortanca puan değerleri diğer gruplardan yüksek bulunmuştur.

Geniş aile ilişkileri alt boyutu ortanca değeri araştırmada sorgulanan hastalığa ilişkin özelliklerden etkilenmezken, sosyal çevre alt boyut ortanca puan değeri, başka bir kronik hastalık varlığı ($p=0,000$), kendi bakımı için yardım alma durumu ($p=0,000$) ve NYHA sınıflandırmasına ($p=0,000$) göre farklılık göstermektedir. Gruplar arası

karşılaştırmalara bakıldığında; başka bir kronik hastalığı olanların, kendi bakımı için akrabalarından yardım alanların ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf IV'te yer alan hastaların sosyal çevre ortanca puan değerleri daha yüksek bulunmuştur.

Psikolojik distres alt boyutuna bakıldığında, hastaneye yatış deneyimi ($p=0,002$), ailede kalp hastalığı varlığı ($p=0,000$) ve başka bir kronik hastalık varlığı ($p=0,000$) ile farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hastaneye yatış deneyimi 3 kez ve üzeri olanların, ailesinde kalp hastalığı olanların ve başka bir kronik hastalığı olanların psikolojik distres ortanca puan değerleri daha yüksek bulunmuştur.

PAIS - SR ölçek toplam ortanca puan değeri, hastanede yatış deneyimi ($p=0,001$), başka bir kronik hastalık varlığı ($p=0,000$), kendi bakımı için yardım alma durumu ($p=0,000$) ve NYHA sınıflandırması ($p=0,000$) gibi özelliklere göre farklılık göstermektedir. Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde; hastaneye yatış deneyimi 3 kez ve üzeri olanların, başka bir kronik hastalığı olanların, kendi bakımı için akrabasından yardım alanların ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf IV'te olanların PAIS - SR ölçek toplam ortanca puan değerleri yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Hastaların PAIS - SR ve alt boyutları ile AKYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=130)

PAIS – SR ve alt boyutları	AKYÖ
Sağlık Bakımına Uyum	0,242*
Mesleki Çevre	-0,033
Aile Çevresi	0,036
Cinsel İlişkiler (n=107)	-0,072
Geniş Aile ilişkileri	0,153
Sosyal Çevre	0,168
Psikolojik Distres	0,098
PAIS – SR ölçek toplam puanı	0,110

*:%5 önem düzeyinde anlamlı

Tablo 10.'da hastaların PAIS - SR ve alt boyutları ile AKYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır.

AKYÖ puanları ile sağlık bakımına uyum puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde (0,242) anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. AKYÖ puan ortalaması ile aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik distres ile pozitif yönde, mesleki çevre ve cinsel ilişkiler alt boyutları arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır. PAIS - SR ve AKYÖ arasında pozitif yönde zayıf ilişki belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

PAIS - SR ve AKYÖ Ölçek Toplam Puanlarının Tartışılması

KY olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada hastaların PAIS - SR ölçek toplam puan ortalaması $51,1 \pm 17,3$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin değerlendirme puan aralığında; 51 ve üzeri puanın kötü psikososyal uyumu gösterdiği bilinmektedir (Derogatis, 1986; Adaylar, 1995). Bu araştırmada hastaların psikososyal uyumunun kötü uyum düzeyinde olduğu bulunmuştur (Tablo 5.). Araştırmada en kötü uyum mesleki çevre alt boyutunda iken en iyi uyumun ise geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Böke (2012)'nin araştırmasında da hastaların kötü psikososyal uyum düzeyinde olduğu ($53,28 \pm 18,89$); mesleki çevre alt boyutunda en olumsuz etkilenme yaşanırken geniş aile ilişkileri alanında en iyi uyumun olduğu tespit edilmiştir. Akın ve Durna (2006)'nın araştırmasında hastaların psikososyal uyumlarının kötü düzeyde olduğu ($52,28 \pm 19,73$) belirlenmiştir. En çok etkilenme sağlık bakımına uyum alt boyutunda iken en az etkilenmenin geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Mazanec ve ark. (2011)'nin araştırmasında hastaların kötü psikososyal uyuma sahip olduğu, en olumsuz etkilenmenin geniş aile ilişkileri alanında yaşandığı, en iyi uyumun ise sosyal çevre alanında olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada psikososyal uyum düzeyinin kötü etkilenmesinin, KY gibi kronik hastalıklarda tanı ve tedavi sürecine ilişkin belirsizlikler, fonksiyonel kayıplar ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesi nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Bu süreç mesleki çevreye uyumu bozabilmektedir. Bu araştırmada, ülkemizde yapılan diğer araştırmalara benzer olarak geniş aile ilişkilerine uyum iyi düzeyde bulunmuştur (Akın ve Durna, 2006; Kocaman ve ark., 2007; Akça ve Çınar, 2008; Türten ve Akdemir, 2016). Yabancı literatürde ise Ramirez ve ark. (2003)'nin larenks kanserli hastalar ile yaptığı araştırmada aile çevresine uyumun, Mazanec ve ark. (2011)'nin radyasyon tedavisi almış hastaları değerlendirdiği araştırmasında ise geniş aile ilişkilerine uyumun olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir. Bu araştırmada geniş aile ilişkilerinin olumlu etkilendiği belirlenmiştir. Aile temelli kültür yapısının bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Geleneksel Türk aile yapısında hastaya verilen değer ve hasta bireye bakım vermenin yüceltilmesi hasta bireylerin desteklenmesini artırarak hastanın hastalığa uyumunu kolaylaştırdığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların AKYÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 31,2±5,6 olarak belirlenmiştir (Tablo 5.). Ölçeğin değerlendirilme puan aralığına göre; öz bakım davranışlarının yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur (Jaarsma ve ark., 2003; Baydemir ve ark., 2013). Kamrani ve ark. (2014)'nin araştırmasında öz bakım davranışları puan ortalaması 31,86±8,09, Gallagher ve ark. (2011)'nin çalışmasında 25,59±6,16, Jaarsma ve ark. (2003)'nin çalışmasında 33,30±7,8 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular daha önce yapılan araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur (Jaarsma ve ark., 2003; Gallagher ve ark., 2011; Kamrani ve ark., 2014). Farklı ölçeklerin kullanıldığı bazı araştırmalarda ise öz bakım davranışları orta düzeyde bulunmuştur (Fertelli ve Tel, 2007; Yunus ve ark., 2016). Literatürde KY hastalarının öz bakım davranışlarının yetersiz olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur (Baydemir ve ark., 2013; Harkness ve ark., 2013; Siaboni ve ark., 2014; Akbıyık ve ark., 2016; Pour ve ark., 2016; Uchmonowicz ve ark., 2017). Literatür incelendiğinde KY hastalarında öz bakım davranışlarının farklılık gösterdiği gözle çarpılmaktadır. Öz bakımın yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürmek için birey tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen aktiviteler olduğu bilindiğinden (Kara, 2001; Altay ve Avcı, 2009); bu bulgunun bireysel özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre AKYÖ Puanlarının Tartışılması

Bu araştırmada erkek hastaların daha iyi öz bakım davranışı gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6.). Literatürde kadın hastaların öz bakım gücünün yüksek olduğunu bildiren araştırmalar olmasına karşın (Karakurt ve ark., 2013; Türkoğlu, 2016) bu araştırmaya benzer şekilde erkek hastaların öz bakım gücünün yüksek olduğunu gösteren araştırmalar çoğunluktadır (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Chriss ve ark., 2004; Tuncay, 2010; Kamrani ve ark., 2014). Lupon ve ark. (2008)'nin araştırmasında cinsiyet değişkeni ile öz bakım davranışları arasında bir ilişki saptanmamasına rağmen erkek hastaların öz bakım davranışlarının daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Erkekler toplumsal olarak yüklenen rollerden biri de güçlü olmak ve her koşulda güçlü görünmeyi sürdürmektir. Ataerkil toplumlarda ailenin geçimini sağlama, ekonomik anlamda aileyi ayakta tutma görevi de erkeklerden beklenmektedir. Kadınlara toplumsal alanda yüklenen roller ise çocukların bakımı, ev içi düzenin

sağlanması, yaşlı ve hasta bakımı vb. rollerdir (Özmete ve Yanardağ, 2016). Bu rollerin her birini yerine getirme çabası içinde olan kadının öz bakım davranışlarını yeterli düzeyde yerine getirmesini güçleştirmektedir. Dolayısıyla erkek ve kadına ilişkin toplumsal rollerin, öz bakım davranışlarına ilişkin sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada öz bakım davranışlarının eğitim düzeyinden etkilenmediği belirlenmiştir. Literatürde araştırma sonuçları ile paralellik gösteren araştırmalar mevcuttur (Gül ve ark., 2010; Gallagher ve ark., 2011; Karakurt ve ark., 2013; Kamrani ve ark., 2014). Ancak literatürde eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücünün arttığını bildiren araştırmalara da rastlanılmaktadır (Chriss ve ark., 2004; Altay ve Avcı, 2009; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, 2009; Muz ve Eğlence, 2013; Alemdar ve Pakyüz, 2015; Akbıyık ve ark., 2016; Uchmanowicz ve ark., 2017). Bu sonuç öz bakım davranışlarının uygulanmasında eğitim düzeyinden çok bireyin sağlığına verdiği önemin etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan üniversite düzeyinde eğitime sahip hasta sayısının az olmasının (%2,3) sonucu bu yönde etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

Bekar olan hastaların, çocuğu olmayanların ve yalnız yaşayan bireylerin öz bakım davranışlarının diğer gruplardan daha kötü olması dikkat çekicidir. Türkoğlu (2016)'nın sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelediği araştırma ile Alemdar ve Pakyüz (2015)'ün hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları araştırmada benzer şekilde bekarların öz bakım gücünün düşük olduğu ve medeni durumun öz bakım davranışlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Altay ve Avcı (2009) araştırmasında hiç çocuğu olmayanların öz bakım davranışlarının diğerlerinden daha kötü olduğunu bildirmiştir. Uchmanowicz ve ark. (2017)'nin araştırmasında yalnız yaşayanların öz bakım gücünün diğer gruplardan daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KY olan hastalarda sosyal destek sistemlerinin öz bakım gücünü etkilediği bildirilmektedir (Riegel ve ark., 2011). Dolayısıyla bireyin yaşam alanında eş ya da çocukların olması ya da yaşam alanlarını paylaşacağı birilerinin bulunmasının öz bakım davranışlarının kazanılmasında destekleyici rolü olduğu söylenebilir.

Araştırma sonucuna göre öz bakım davranışları meslek durumundan etkilenmemektedir. Ancak ev hanımı olduğunu bildiren hastaların öz bakım davranışlarının diğer gruplardaki hastalardan daha kötü olduğu bulunmuştur. Tuncay (2010)'ın yaptığı araştırmada da ev hanımı ya da işsiz olanların öz bakım gücünün diğer

mesleklere göre yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç kadın cinsiyetinde olma sonuçları ile paralellik göstermekte ve toplumsal kadın rolünün bir yansıması olarak ev hanımlarının aile içindeki rolleri gereği kendilerine yeterince vakit ayıramadıkları ve öz bakıma ilişkin yeterli düzeyde davranış geliştiremediklerini düşündürmektedir.

Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların öz bakım davranışlarının diğer gruplardaki hastalardan kötü olması dikkat çekicidir. Çünkü poliklinikler hastaların sağlık çalışanı ile kısa süreli etkileşimde buldukları alanlardır. Polikliniklerde verilen hizmet çoğunlukla ilaç yazma, tanı ve tedavi amaçlı olmaktadır. Dolayısıyla hastanın bakımına ilişkin çok az bilgilendirme yapıldığı ya da çoğu zaman bilgilendirme yapılmadığı söylenebilir. Bu durumun sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Tablo 7.'ye bakıldığında; hastalık süresinin artmasıyla öz bakım davranışlarının da arttığı görülmektedir. Hastaneye 1 kez yatan hastaların ise öz bakım davranışlarının diğerlerinden daha kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastalıkla geçirilen süre hastalığa karşı baş etme stratejilerinin gelişmesini ve semptomlara uyumun sağlanabilmesine yönelik deneyimi de arttırabilmektedir. Benzer şekilde çoğu zaman hastaneye tekrarlı yatışların olması hastane ortamına, tedavi ve bakıma ilişkin deneyim kazandırabilmektedir. Riegel ve ark. (2011) hastalığı deneyimleyen bireylerin öz bakım davranışlarına uyumunda artış olduğunu bildirmiştir. Ancak Uchomanowicz ve ark. (2017)'nin araştırmasında hastalık süresi ve hastaneye yatış deneyimi arttıkça öz bakım davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Bu durumun semptom artışı nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Ailesinde kalp hastalığı olanların ve başka bir kronik hastalığı bulunmayanların öz bakım davranışlarının daha kötü düzeyde bulunması dikkat çekicidir (Tablo 7.). Ailesinde kalp hastalığı olan bireylerin, kalp hastalığına ilişkin öz bakım gereksinimlerinin farkında olduğu düşünüldüğünde, öz bakım davranışlarının daha iyi düzeyde olması beklenmektedir. Akbıyık ve ark. (2016)'nin araştırmasında da başka bir kronik hastalığı olmadığını ifade eden hastaların öz bakım davranışlarının daha kötü düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bu durum başka kronik hastalığı bulunmayan bireylerin hastalığı kabullenme sürecinde zorlandıkları ve dolayısıyla öz bakım davranışının olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir. Ayrıca tek bir hastalığa sahip olma ve ailede kalp hastalığı olan bireyin bulunması durumunun hastaların öz bakım konusunda daha az özen göstermeye eğilim oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların kullandığı ilaç sayısı, sağlık kontrollerine gitme durumu ve hastalık/televi hakkında bilgi alınan kişi öz bakım davranışları üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Ancak çoklu ilaç kullanan, kontrollerini aksatan ve hastalık/televi hakkında bilgi almayan hastaların öz bakım davranışlarının daha kötü olduğu bulunmuştur. Tuncay (2010)'ın araştırmasında doktor kontrollerine düzenli olarak gidenlerin öz bakım gücünün diğer gruplardan daha iyi olduğu belirlenmiştir. Çeliktürk (2016)'ün kalp nakli olan hastalarla yaptığı araştırma ile Gül ve ark. (2010)'nın böbrek nakli olan hastalarla yaptığı çalışmada bilgi alma durumunun hastaların öz bakım gücünü etkilemediği belirtilmiştir. Ancak diğer çalışmalarda verilen bilgi ve eğitimin öz bakım gücünü etkilediği ve bilgi alan bireylerin öz bakım davranışlarının daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Özkan ve Durna, 2006; Fertelli ve Tel, 2007; Daryasari ve ark., 2012). Sağlık kontrollerini aksatan hastalar ile hastalığı/televisi hakkında bilgi almayan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olması beklenen sonuçlardandır.

Öz bakım davranışlarının kendi bakımı için yardım alma durumundan etkilenmediği belirlenmiştir. Çeliktürk (2016)'ün kalp nakli olan hastalarla yaptığı çalışmada da hastaların kendi bakımı için yardım alma durumunun öz bakım davranışlarını etkilemediği bulunmuştur. Kendi bakımı için çocuklarından yardım aldığını bildirenlerin öz bakım davranışlarının diğer gruplardan kötü olması hastaların özellikle ebeveynlik rolüne ilişkin kayıplarının öz bakım davranışlarını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda NYHA sınıf düzeyi arttıkça öz bakım davranışlarının daha çok yerine getirildiği görülmektedir (Tablo 7.). Bu sonuç literatür ile paralellik göstermektedir (Riegel ve ark., 2009; Cameron ve ark., 2010; Akbıyık ve ark., 2016).

Hastaların Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre PAIS - SR Puanlarının Tartışılması

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum - öz bildirim ölçeği ve alt boyutları incelendiğinde; sağlık bakımına uyum alt boyutunun cinsiyet, medeni durum ve birlikte yaşanan kişiler değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir. Kadın hastaların, bekarların ve diğer aile üyeleri ile birlikte yaşayanların sağlık bakımına uyumunun daha kötü olduğu bulunmuştur. Karataş (2014) ve Böke (2012)'nin çalışmasında da kadın hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu

bildirilmiştir. Zengin ve ark. (2017)'nin diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada ailedeki birey sayısı arttıkça hastaların sağlık bakımına uyumunun olumsuz olarak etkilendiği belirtilmiştir. Türten (2011) araştırmasında geniş ailede yaşayan diyabetli bireylerin sağlık bakımına uyumunun kötü düzeyde olduğunu bildirmiştir. Bireyin sağlık bakımına uyum gösterebilmesi bazı unsurların bir araya gelmesi ile oluşabilmektedir. Düzenli yaşam ve bireysel bakıma zaman ayırabilme bu unsurlar arasında yer almaktadır. Araştırma örneklemine alınan hastaların büyük bir kısmı ev hanımı (%37,7) olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla ev hanımı olan hastaların eve ilişkin sorumluluklar nedeniyle sağlık bakımına yeterince zaman ayıramadıkları için uyum sağlayamadıkları düşünülmektedir. Bekar olmak ve kalabalık ev ortamında diğer aile üyeleri ile bir arada yaşamak çoğu zaman düzenli yaşam tarzını olanaksız kılabilir. Bu da günlük rutinlerin sağlık bakımı merkezinde oluşturulabilmesini engellemektedir. Bu nedenle sağlık bakımına uyumun olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir.

Mesleki çevre alt boyutunun medeni durum değişkeninden etkilendiği ve bekar olan hastaların uyumunun kötü olduğu belirlenmiştir. Karataş (2014)'in araştırması bu araştırmayı destekler niteliktedir. Evli olan hastaların eş ve çocuklarına karşı ailenin geçimini sağlamak adına sorumlulukları bulunmaktadır. Dolayısıyla evli olan hastaların bekar olanlara kıyasla meslek ve iş yaşantısına ilişkin uyum adına daha çok güdülendikleri söylenebilir.

Aile çevresi uyumunun cinsiyet, medeni durum ve birlikte yaşanan kişiler değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir. Kadınların aile çevresi uyumu daha kötü düzeyde bulunmuştur. Koroner kalp hastaları ile yapılan bir araştırmada da kadınların aile çevresi uyumları daha kötü bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Karataş, 2014). Erşan ve ark. (2013)'nin araştırmasında da kadınların aile çevresi alanında daha kötü uyuma sahip olduğu belirtilmiştir. Akbıyık ve ark. (2016) ile Karataş (2014)'in araştırmasında da bekar olan hastaların aile çevresi uyumunun daha kötü olduğu bildirilmiştir. Kadınlara toplumda biçilen en önemli rollerden biri bakım verici rolüdür. Ancak hasta birey kadın olduğunda ev içi yaşamda dengeler değişmekte çoğu kez bu durumu etkin yönetemeyen kadının aile çevresine uyumu bozulmaktadır. Benzer şekilde evde diğer aile üyeleri ile yaşayan hastaların aile çevresi uyumunun daha kötü olması, bireyin aile büyüklerini ya da birinci derece akrabaları içeren geniş ailede yaşamasının aile çevresine uyumu zorlaştırdığı şeklinde

yorumlanmıştır. Kadınların aile çevresine uyumunda toplumsal rollerinden etkilenmesi söz konusu olabilir. Çam ve Nehir (2011); herhangi bir nedenle yaşanan eş kaybının sosyal destekte azalmaya neden olarak hastaların stresle baş etmesinde güçlük yaratacağını bildirmiştir. Bekar olan hastaların eşten gelen sosyal ve duygusal desteğinin olmaması aile çevresine uyumunu olumsuz olarak etkileyebilir.

Cinsel ilişkilere uyumun cinsiyet ve meslek değişkeninden etkilendiği belirlenmiştir. Kadın hastaların ve ev hanımı olanların cinsel ilişkilere uyumu diğer gruplara göre daha kötü düzeydedir. Araştırma sonucunun aksine Karataş (2014)'ın araştırmasında erkek hastaların cinsel ilişkilere yönelik uyumunun daha kötü düzeyde olduğu bildirilmiştir. Doğru ve Karadokovan (2016) ile Akın ve Durna (2006)'nın araştırmasında da erkek hastalarda cinsel ilişkiler alanının olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Kadınların üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır (Koyun ve ark., 2011). Dolayısıyla kadınların cinsel yaşamlarındaki sorunlarını dile getirmek ve çözüm aramak konusunda çekingen tavır sergiledikleri; bu durumda uyumu zorlaştırdığı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada ev hanımı olanların cinsel ilişkiler uyumunun kötü olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %45,4'ünün kadın ve %37,7'sinin ev hanımı olduğu düşünüldüğünde örneklem özelliğinin sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Geniş aile ilişkilerine uyumun çocuk sahibi olma durumundan etkilendiği, çocuğu olmayan bireylerin daha kötü uyuma sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada yalnız yaşayan hastaların geniş aile ilişkilerine uyumunun diğer gruplardan daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar birbirine yakınlığı açısından dikkat çekicidir. Karataş (2014)'ın araştırmasında yalnız yaşayan hastaların geniş aile ilişkilerine uyumu diğer gruplardan kötü bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Çocuk sahibi olmayan ya da yalnız yaşayan hastalar yaşamlarını kendilerine göre düzenlemişlerdir. Dolayısıyla geniş aile gibi kalabalık bir ortamda alışmış oldukları düzen bozulacağından duruma uyum sağlamakta güçlük çekebilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada psikolojik distres alt boyutu sorgulanan tanıtıcı özelliklerden etkilenmezken, sosyal çevre ve psikososyal uyum toplam ölçek puanının cinsiyet değişkeninden etkilendiği belirlenmiştir. Bulgulara göre kadınların sosyal çevre ve

psikososyal uyumu daha kötü düzeydedir. Karataş (2014)'ın araştırmasında da kadınların sosyal çevreye uyumu kötü bulunmuştur. Psikososyal uyumun cinsiyetten etkilenmediğini bildiren araştırmalar olmasına karşın (Çam ve Nehir, 2011), kadınların psikososyal uyumunun daha kötü olduğunu bildiren araştırmalar çoğunluktadır (Böke, 2012; Karataş, 2014). Kalp hastalığı olan kadınlarda erkeklere kıyasla depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunların daha fazla görüldüğü çeşitli araştırmalarda belirtilmiştir (Mallik ve ark., 2006; Yıldırım ve ark., 2012; Erşan ve ark., 2013; Aydemir ve ark., 2015; Kutlu ve ark., 2016). Bu araştırma sonucunda elde edilen bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir. Bu sonucun; kültür yapısı ve toplumsal rollerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum - öz bildirim ölçeği ve alt boyutları incelendiğinde; sağlık bakımına uyumun sağlık kontrollerine gitme durumundan etkilendiği ve sağlık kontrollerini aksatan hastaların uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Sağlık kontrollerini aksatan hastaların sağlık bakımına uyumunun, hiç kontrolü olmayanlar ile kontrollere gitmeyen hastalardan kötü olması dikkat çekicidir. Türten ve Akdemir (2016)'ın diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada kontrol sıklığı 4 - 12 ay olan hastaların, kontrol sıklığı 1 yıl üzeri olanlara göre uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Badur (2009)'un yaptığı araştırmada kontrollerine düzenli olarak gelen diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının iyi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç sağlık kontrolünü aksatmanın, hastanın sadece sağlık bakımı değil aynı zamanda hastalığa da mevcut bir uyumsuzluğu gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca düzenli olarak sağlık kontrollerine gelmenin, hastaların hastalıklarının seyrini somut verilerle görmelerini sağlayacağı, dolayısıyla tedavileri için işbirliğinde bulunacağı ve hastalığa uyumda önemli etki yaratacağı düşünülmektedir.

Mesleki çevreye uyumun hastalık süresi, hastaneye yatış deneyimi, başka bir kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaç sayısı, sağlık kontrollerine gitme durumu, kendi bakımı için yardım alma durumu ve NYHA sınıflandırmasından etkilendiği belirlenmiştir. Buna göre; 3 - 5 yıl ile 9 ve üzeri yıl hasta olanların, 3 kez ve üzeri hastaneye yatanların mesleki çevreye uyumu diğerlerinden daha kötü düzeydedir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça ve NYHA sınıflandırması arttıkça mesleki çevreye uyum bozulmaktadır. Ayrıca başka bir kronik hastalığı olmayanların, sağlık kontrollerine

gitmeyenlerin, bakımı için akrabasından yardım alanların mesleki çevre uyumu kötü bulunmuştur. Karataş (2014)'in araştırmasında mesleki çevreye uyumun hastalık süresi ve başka bir kronik hastalık varlığından etkilendiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada kullanılan ilaç sayısı arttıkça mesleki çevreye uyumun bozulduğu bildirilmiştir. Doğru ve Karadokovan (2016)'in araştırmasında 3 ve daha fazla kez hastaneye yatan hastaların mesleki çevre uyumunun olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Mesleki çevre uyumunu etkilediği belirlenen tüm değişkenler meslek yaşantısı ile doğrudan ilişkilendirilebilir niteliktedir. Kronik hastalıklar hastaneye tekrarlı yatışları arttırabilmekte, hastalığın kendisi ya da tedavi nedeniyle fonksiyonel kapasiteyi dolayısıyla çalışabilirliği olumsuz etkilemektedir. Bu duruma çoklu ilaç kullanımı, başka kronik hastalık varlığı ve tedavinin ya da hekim kontrollerinin takip edilmesine ilişkin motivasyon eksikliği eklendiğinde fonksiyonel kapasite ve iyilik hali daha da bozulmakta ve dolayısıyla mesleki çevreye uyum etkilenebilmektedir.

Hastane yatış deneyimi ve NYHA sınıflandırması arttıkça aile çevresi uyumunun bozulduğu belirlenirken akrabalarından bakımı için yardım alan hastaların aile çevresi uyumunun ciddi ölçüde etkilendiği görülmektedir. Hastaneye tekrarlı yatışların sebeplerinin başında hasta bireyin kötüleşen semptomları tanımaması ve bunlara yönelik önlem almaması gelmektedir (Alkan ve Nural, 2017). Schwarz ve Elman (2003)'in araştırması ile Köseoğlu ve Enç (2016)'in araştırmasında NYHA sınıflandırması ile hastalığın derecesinin hastaneye yatış sıklığını etkilediği; saptanmıştır. Dolayısıyla NYHA sınıflandırması arttıkça hastaneye yatışların arttığı söylenebilir. Hastaneye her yatış bireyi ev ve aile ortamından daha fazla uzaklaştırmakta ve aile çevresine uyumu zorlaşmaktadır. Kendi bakımı için akrabasından yardım alma durumu hastanın bakım vericilere yük olma ile ilgili kaygılarını arttırabileceği için aile çevresine uyumu olumsuz etkilemesi beklendik sonuçlardandır.

Cinsel ilişkiler uyumu, hastalık süresinin artması, başka bir kronik hastalığın varlığı, kullanılan ilaç sayısının artması, kendi bakımı için akrabadan yardım alma ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf III ve IV'te olma durumundan olumsuz etkilenmektedir. Cinsel ilişkiler alt boyutunu etkileyen değişkenler hastalığın semptomlarını arttıran, günlük yaşam aktivitelerini ve fonksiyonel kapasiteyi sınırlamaları yönünden ortaktır. Dolayısıyla hastalık süresinin, NYHA

sınıflandırmasının ilerlemesiyle, çoklu ilaç kullanımı ve başka kronik hastalıkların mevcut duruma eşlik etmesi gibi etmenler bireyin cinselliğe ilişkin algısını ve aktivitesini sınırlayıcı niteliktedir. Ayrıca kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel disfonksiyona yol açabileceği bilinmektedir (Stein ve ark., 2016). Karataş (2014)'ın araştırmasında da kullanılan ilaç sayısının cinsel ilişkilere uyumu etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle hasta bireyin cinsel ilişkiler alt boyutuna uyumunun etkilendiği düşünülmektedir.

Sosyal çevreye uyumun, başka bir kronik hastalığı olanlarda, bakımı için akrabalarından yardım alanlarda ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf IV'te bulunan hastalarda daha kötü olduğu belirlenmiştir. Sosyal çevreye uyum hastalığın şiddeti ve semptomların derecesinden etkilenmektedir. Dolayısıyla NYHA sınıflandırmasına göre kardiyak fonksiyonları kötü olan hastaların ve ilave kronik bir hastalıkla mücadele edenlerin sosyal çevre uyumunun kötü olması beklendik sonuçlardandır. Ayrıca akrabalarından yardım alan hastaların, eşinden ve çocuklarından yardım alanlara göre sosyal çevre uyumunun kötü olması hastaların yeterince ve istediklerinde sosyalleşemediği ya da kendi belirledikleri sosyal çevre içerisinde her zaman bulunamadıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Psikolojik distres alt boyutunun hastaneye yatış deneyimi, ailede kalp hastalığı varlığı ve başka bir kronik hastalık varlığından etkilendiği belirlenmiştir. Buna göre; 3 kez ve üzeri hastanede yatan hastalarda, ailesinde kalp hastalığı olanlarda ve başka bir kronik hastalığı olanlarda psikolojik distresin daha çok yaşandığı söylenebilir. Karataş (2014)'ın araştırmasında bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde başka bir kronik hastalığı olanlarda psikolojik distres yüksek bulunurken, bulgularımızın aksine ailesinde kalp hastalığı olanlarda daha düşük olarak belirlenmiştir. Hastaneye yatma, bireyde hemen hemen her zaman anksiyete ve distrese neden olmaktadır. Her yatış hastanın hastalığa ilişkin endişesini tetikleyen bir unsur olarak düşünülebilir. Ailede kalp hastalığı olan bir bireyin varlığı, kişinin kendisini kıyaslayacağı örneği oluşturmaktadır. Dolayısıyla hasta birey ailedeki diğer kalp hastası bireye göre prognozu ve hastalığının gidişini yorumlayabilecektir. Kronik bir hastalığın varlığı ise bireyin psikolojik uyumunu bozarak hastalığa karşı uyumda daha fazla çaba göstermesini gerektirecektir. Bu durumun sonucu etkilendiği düşünülmektedir.

Hastalığa psikososyal uyumun, hastaneye yatış deneyimi, başka bir kronik hastalık varlığı, kendi bakımı için yardım alınan kişi ve NYHA sınıflandırması gibi özelliklere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. 3 kez ve üzeri hastanede yatan, başka bir kronik hastalığı olan, kendi bakımı için akrabalarından yardım alan ve NYHA sınıflandırmasına göre sınıf IV'te olan hastaların psikososyal uyumu daha kötü olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar Doğru ve Karadokovan (2016)'ın araştırması ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada 3 kez ve üzeri hastaneye yatış yapanların hastalığa genel psikososyal uyumunun diğerlerinden kötü olduğu bildirilmiştir. Kalp hastaları ile yapılan bir başka araştırmada da başka bir kronik hastalık varlığının hastalığa psikososyal uyumu etkilediği bildirilmiştir (Karataş, 2014). Hastalık süreci bireyin var olan yaşam uyumunun bozulmasına neden olur ve yeni bir uyum gerektirir. Hastalığın; bireyin gelecek planlarını, günlük yaşam düzenini etkileme durumuna göre hastalığa uyum çabaları klinik düzeyde ruhsal bozuklukların gelişmesine yol açabilir (Mete, 2008). Mauro (2008)'nin araştırmasında NYHA sınıfının psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu bildirilmiştir. Böke (2012)'nin araştırmasında ejeksiyon fraksiyonu düşük, NYHA sınıfı artmış ve tıbbi durumu kötü olarak değerlendirilen hastaların psikososyal uyumlarının kötü olduğu bildirilmiştir. Doğru ve Karadokovan (2016)'ın araştırmasında ise NYHA sınıf III'te yer alan hastaların sınıf II'deki hastalara göre psikososyal uyumunun olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Bu araştırmanın ilgili sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

PAIS - SR ve AKYÖ Korelasyon Puanlarının Tartışılması

Tablo 10.'da, psikososyal uyum ile öz bakım davranışı arasındaki ilişki verilmiştir. Öz bakım davranışı ile sadece sağlık bakımına uyum durumu arasında zayıf ve pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. KY hastalarında semptom kontrolü ve hastaneye yatışların azalmasında öz bakım davranışlarının etkili olduğu bildirilmiştir (Riegel ve ark., 2009). “ Öz bakım ” bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen sorumluluklarını yerine getirmeleridir (Altay ve Avcı, 2009). Sağlık bakımına uyum, hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma ve hastalığa uyumunu içermektedir (Derogatis, 1986). Öz bakım davranışları ise sağlık bakımının unsurları olan tedaviye uyum, semptom kontrolü ve hastalıklardan korunma davranışlarını kapsamaktadır. Hastaların öz bakım gücünün geliştirilmesinde, hastalığa uyum sağlamasında ve öz bakım davranışlarını yerine getirmesinde hastalığı hakkında

bilgilendirilmesi ve eğitimin yeri oldukça önemlidir (Öztunç, 1990; Fertelli ve Tel, 2007). Öz bakım davranışlarının öğrenilmesi ve öz bakım gücünün bireyde var olması hastalığa uyumu ve yaşam kalitesi arttırmaktadır. Bu sayede hastalık kontrol altına alınarak komplikasyonlar önlenmektedir ve yaşam süresi uzamaktadır(Kara, 2001; Fertelli ve Tel, 2007). Dolayısıyla sağlık bakımına uyumun öz bakım davranışları üzerine etkisi beklendik sonuçlardandır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KY hastalarında öz bakım davranışları ve psikososyal uyumu değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

Hastaların öz bakım düzeyleri ve etkileyen faktörler:

Hastaların öz bakım düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde;

- Hastaların öz bakım düzeyleri; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinden etkilendiği; eğitim durumu, çocuk sahibi olma, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, meslek, bulunduğu klinik, sigara ve alkol kullanma süresi gibi değişkenlerden ise etkilenmediği belirlenmiştir. Hastalığa ilişkin özelliklerin (hastalık süresi, hastaneye yatma sayısı, ailede kalp hastalığı varlığı, başka bir kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaç sayısı, sağlık kontrolüne gitme durumu, hastalığı/tedavisi hakkında bilgi alınan kişi, hastalık ile ilgili sorun olduğunda destek alma durumu, kendi bakımı için yardım alma durumu, NYHA sınıflandırması) ise öz bakım davranışlarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Toplam öz bakım düzeyi açısından değerlendirme yapıldığında araştırmaya katılan bireylerin öz bakım davranışlarının yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler:

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde;

- Hastaların sağlık bakımına uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, medeni durum ve birlikte yaşadığı kişiler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan sağlık kontrollerine gitme durumu ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların mesleki çevre uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan medeni durum; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan hastalık süresi, hastaneye yatma sayısı, başka kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaç sayısı, sağlık kontrollerine gitme durumu, kendi bakımı için yardım alma durumu ve NYHA sınıflandırmasına göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

- Hastaların aile çevresi uyum düzeyi tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan hastaneye yatış deneyimi, kendi bakımı için yardım alma durumu ve NYHA sınıflandırmasına göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların cinsel ilişkiler uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, medeni durum ve meslek; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan hastalık süresi, başka bir kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaç sayısı, kendi bakımı için yardım alma durumu ve NYHA sınıflandırmasına göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların geniş aile ilişkileri uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan çocuk sahibi olma durumuna göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların sosyal çevre uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan başka bir kronik hastalık varlığı, kendi bakımı için yardım alma durumu ve NYHA sınıflandırmasına göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların psikolojik distres uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, meslek, hastanın bulunduğu klinik, sigara içme süresi, alkol kullanma süresine göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan hastaneye yatma sayısı, ailede kalp hastalığı varlığı ve başka bir kronik hastalık varlığına göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0,05$).
- Hastalığa psikososyal uyum alt boyutları içinde; mesleki çevre puan ortalaması en yüksek iken, geniş aile ilişkileri puan ortalaması en düşüktür. En fazla olumsuz etkilenen alanın mesleki çevre olduğu saptanmıştır. Hastaların en iyi uyum gösterdiği alanın geniş aile ilişkileri alanı olduğu saptanmıştır.
- Hastaların toplam psikososyal uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan hastaneye yatma sayısı, başka bir kronik hastalık varlığı, kendi bakımı için yardım alma durumu ve NYHA

sınıflandırmasına göre ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

- Toplam psikososyal uyum düzeyi açısından değerlendirme yapıldığında, puan ortalaması 51'in üzerinde olduğu için hastaların psikososyal uyumunun kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastaların PAIS - SR ve alt boyutları ile AKYÖ arasındaki ilişki:

- Hastaların toplam öz bakım davranışları puan ortalaması ile sağlık bakımına uyum arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Toplam öz bakım puan ortalaması ile aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik distres ile pozitif yönde, mesleki çevre ve cinsel ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.
- Hastaların öz bakım davranışları ve hastalığa psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde; hastaların toplam öz bakım davranışları puan ortalamaları ile hastalığa psikososyal uyum puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır.
- Öz bakım davranışları toplam puan ortalaması ile hastalığa psikososyal uyum toplam puan ortalaması arasındaki pozitif yönlü ilişkiden dolayı bu araştırmada, hastaların öz bakım davranışları puanları arttıkça psikososyal uyum puanlarının da arttığı yani öz bakım davranışları ile psikososyal uyumun birbirine paralel olarak artıp azaldığı görülmüştür.

6.2. Öneriler

Bu araştırma sonuçlarına göre;

- Hastaların öz bakım davranışları yeterli düzeyde bulunurken psikososyal uyumları kötü düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle öz bakım davranışlarının sürdürülebilmesi ve psikososyal uyumun sağlanabilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Eğitim bireyin öz bakım gücünün geliştirilmesinde, hastalığa uyum sağlamasında ve öz bakım davranışlarını yerine getirmesinde oldukça önemli bir etkidir (Öztunç, 1990). Bu eğitim programlarında hastaların hastalık ile ilgili özellikleri dikkate alınması (hastalık süresi, hastaneye yatma sayısı, başka kronik hastalık varlığı, ailede kalp hastalığı varlığı vb.) eğitimin etkinliğini arttıracaktır.

- Araştırmada hastaların %3,1'i hastalığı ile ilgili bilgiyi hemşirelerden, %89,2'si doktorlardan aldığını bildirmiştir. Dolayısıyla hastaların bilgiye yeterince ulaşamadığı ve özellikle hemşirenin bu basamakta yeterince aktif olamadığı görülmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin öz bakım yönetiminde semptom tanıma ve izlemenin önemi ve psikososyal uyuma katkısına ilişkin farkındalıklarının arttırılması, hastalar için planlanan eğitim programlarının yanında hemşireler ve sağlık çalışanları için de KY hastalarında öz bakım ve psikososyal uyumu destekleyici nitelikte eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.
- Sosyal desteğin KY olan hastalarda öz bakım ve psikososyal uyum üzerine etkisi bilindiğinden hemşirenin bakımda, hastanın sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, aile ve diğer sosyal destek kaynaklarının eğitim, izlem ve tedavi süreçlerine dahil etmesi önerilmektedir.
- z bakım davranışlarını ve psikososyal uyumu etkileyen faktörler ve etkilenen psikososyal uyum alanının her bir hasta için farklılık gösterdiği bilindiğinden, hemşirenin danışmanlık rolü çerçevesinde bireysel ve demografik özelliklere duyarlı ve hasta gereksinimlerine cevap verecek nitelikte danışmanlık yapması önerilmektedir.
- Gelecek araştırmalar için, daha büyük örneklem grupları ile çalışılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adaylar M. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 1995.
- Akbıyık A, Koçak G, Öksel E. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz Bakım Davranışlarının İncelenmesi. İKÇÜSBFD 2016;1(2):1-8.
- Akça Talaz A ve Çınar S. Comparison of psychosocial adjustment in people with and without diabetic foot ulceration. Aust J Adv Nurs 2008;25:87-96.
- Akın S. Kalp Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
- Akın S. Kardiyovasküler Sistem. Durna Z. Editör, İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2013;147-230.
- Akın S ve Durna Z. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumunu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(2):1-8.
- Alemdar H ve Pakyüz ÇS. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015;2:19-30.
- Alkan HÖ. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2014;5(7):32-40.
- Alkan HÖ ve Enç N. Kalp Yetersizliğinde Evde Bakım. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2015;6(9):27-41.
- Alkan S ve Nural N. Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir Mi? J Cardiovasc Nurs 2017;8(16):28-34.
- Altay B ve Aydın A.İ. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Dicle Tıp Dergisi 2009;36(4):275-282.
- Annema C, Luttk M, Luttk L, Jaarsma T. Reasons for Readmission in Heart Failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologist and heart failure nurses. Heart&Lung 2009;38:427-434.
- Arthur HM. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. J Cardiovasc Nurs 2006;21(5):2-7.
- Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Selfcare behaviors among patients with heart failure. Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care 2002;31(3): 161-172.

- Aşilar HR. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Yönetimi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2015;6(11):151-9.
- Avila CW, Riegel B, Pokorski SC, Carney S, Silveira LCJ ve Rabelo – Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. Nursing Research and Practice 2013(2013): 1-7.
- Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu Ö.E ve Gündüz H. Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. Sakarya Med J 2015;5(4):199-203.
- Aydın A, Yuvaç U ve Cordan J. Kalp Yetersizliğinin Farmakolojik Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Nöroendokrin ve İmmün Yanıtın Baskılanması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;28(3):115-120.
- Badır DA. Kalp hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. Karadakovan A ve Aslan FE. Editör, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi. 2014; 497-548.
- Badır DA. Kronik kalp yetmezliği ile daha sağlıklı bir yaşam. Hasta Eğitimi El Kitabı. İstanbul, Koç Üniversitesi. 2005.
- Badur F. Diyabetli yaşlılarda ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Bakoğlu E ve Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;4(1):41-49.
- Baydemir C, Özdamar K, Ünalır A. Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. Anadolu Kardiyol Derg 2013;13(6): 573-579.
- Bolsoy N ve Sevil Ü. Sağlık – Hastalık ve Kültürel Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):78-87.
- Böke A. Kardiyoverter Defibrilatör İmplantasyonu Yapılan Kalp Yetmezliği Hastalarında Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll SL, Cosman T, Kaasalainen S. ve ark. Caregivers' contributions to heart failure self care: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs 2015;14(1):79-89.
- Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? Eur J Heart Fail 2010;12(5):508-15.

- Carlson B, Riegel B ve Moser D. Self-care abilities of patients with heart failure, *Heart & Lung* 2001;30(5):352–359.
- Chriss P, Sheposh J, Carson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first threem on the safter hospitalization. *Heart&Lung* 2004;33(6):345-352.
- Cockayne S, Pattenden J, Worthy G, Richardson G, Lewin R. Nurse facilitated self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2014;51(9):1207-1213.
- Çam O ve Nehir S. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2011;27(2):47-59.
- Çam O, Saka Ş ve Gümüş B.A. Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5(2):73-81.
- Çeliktürk N. Kalp Nakli Olan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2016.
- Daryasari GA, Karkezloo NV, Mohammadnejad E, Vosooghi MN, Kagi MA. Study of the self-care agency i patients with heart failure. *Iran J Critic Care Nurs* 2012;4(4):203-208.
- Demir M ve Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(8):120-130.
- Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK ve ark. Türkiye’deki Kalp Yetmezliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması, *Türk Kardiyol Dern Arş* 2012;40(4):298-308.
- Derogatis LR. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30(1):77-91.
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole – Wilson PA ve ark. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2008;29(19): 2388-442.
- Doğru B ve Karadakovan A. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *J Cardiovasc Nurs* 2016;7(13):88-104.
- Dülgerler Ş. Kalp Yetmezliğinde Psikososyal Boyut. *Kalp Yetmezliği Elektronik Haber Bülteni* 2015: 7(4). <https://www.tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=271>

- Eren M. Akut Ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisi: Yeni 2008 Avrupa Kardiyoloji Derneği Klavuzunda Neler Değişti? Türk Kardiyol Dern Arş 2009;37(5):295-300.
- Erşan E, Kelleci M ve Baysal B. Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi 2013;16(4):214-224.
- Evangelista LS, Doering LV, Dracup K. Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure read missions among veterans. Am J Cardiol 2000;86(12):1339-1342.
- Fertelli KT ve Tel H. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2):57-61.
- Fırat H. Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Grup Eğitiminin Hastaların Psikososyal Uyum ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2014.
- Freedland KE and Carney RM. Psychosocial Considerations in Elderly Patients with Heart Failure. Clin Geriatr Med 2000;16(3):649-661.
- Hacıhasanoğlu R ve Yıldırım A. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;25(1):87-100.
- Hançerlioğlu S. Kronik Hastalıklarda Öz - Bakım Yönetimi Ölçeği ve Uyum Soru Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek lisans Tezi, 2014.
- Hallaç S. Genital organ kanseri tanısı alan bireylerin kansere tepki, vücut algısı, başetme ve psikososyal uyumlarına yönelik yapılan grup müdahalesinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2010.
- Harkness K, Heckman G, Jewett L, McKelvi R. Selfcare in heart failure index-Do scores change over time? Can J Cardiol 2013;29(10):403-404.
- Gallagher R, Luttk LM ve Jaarsma T. Social support and self care in heart failure. J Cardiovasc Nurs 2011;26(6):439-445.
- Gül A, Üstündağ H ve Zengin N. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2010;20(1):7-11.
- İlerigelen B. Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. Turk J Geriatr 2010;2(suppl):21-32.

- Jaarsma T, Arestedt KF, Martensson J, Dracup K., Strömberg A. The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale revised into a nineitem scale (EHFSCB-9): A reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail* 2009;11(1):99-105.
- Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* 2003;5(3):363-370.
- Jangra D, Ganesh A, Thackray R, Austin L, Ulster A, Sutherland J, Levin AV. Psychosocial adjustment to visual loss in patients with Retinitis Pigmentosa. *Ophthalmic Genetics* 2007;28(1):25-30.
- Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research* 2010;10(1):77.
- Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2003.
- Kamrani AA, Foroughan M, Taraghi Z, Yazdani J, Kaldi A, Ghanei N ve Mokhtarpour R. Self Care Behaviours among Elderly with Chronic Heart Failure and Related Factors. *Pak J Biol Sci* 2014;17(11):1161-9.
- Kara B. Öz - Bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Aktüel Aylık Tıp Dergisi* 2001;13(7):105-108.
- Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007;49:132-136.
- Karadokovan A ve Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Tıp Kitapevleri. 2010;559-575.
- Karakurt P, Aşlar HR, Yıldırım A. Diyabetli Hastaların Öz Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;14(1):1-9.
- Karataş T. Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Kasapoğlu ES ve Enç N. Kronik Kalp Yetersizliğinin Bakım Yönetiminde Hemşireler İçin Bir Rehber. *J Cardiovasc Nurs* 2017;8(16):35-44.
- Kepez A ve Kabakcı G. Kalp yetersizliği tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35(2):69-81.

- Kepez A ve Mutlu B. Kalp yetersizliği tedavisinde yeni açılımlar: Őimdi ve gelecek. Anadolu Kardiyol Derg 2013;13:266-274.
- Kinley DJ, Lowry H, Katz C, Jacobi F, Jassal DS, Sareen J. Depression and anxiety disorders and the link to physician diagnosed cardiac disease and metabolic risk factors. Gen Hosp Psychiat 2015;37(4):288-93.
- Kocaman N, Kutlu Y, zkan M ve zkan S. Predictors of Psychosocial Adjustment in People With Physical Disease. J Clinc Nurs 2007;16(3a)6-16.
- Koyun A, TaŐkın L ve Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı Ve Ruhsal İŐlevler: Hemşirelik YaklaŐımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(1)67-99.
- Köseoğlu N ve Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. J Cardiovasc Nurs 2016;7(14):162-168.
- Kutlu R, zberk I D, Gök H ve DemirbaŐ N. Kardiyoloji Yoğun Bakım nitesinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Etki Eden Faktörler. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2016;24(4):672-679
- Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud 2012;49:610-624.
- Livneh H. Psychosocial adaptation to choronic illness and disability. Rehabilitation Counseling Bulletin 2001;44:151-160.
- Livneh H ve Wilson L. Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psyhosocial adaptation: An exploratory investigation. Rehabilitation Counseling Bulletin 2003;46(4):194-208.
- Lofvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2009;8(4):251-258.
- Lupn, J, González B, Mas D, Urrutia A, Arenas M, Domingo M ve ark. Patients' self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Eur J Cardiovasc Nurs 2008;7(1):16-20.
- Mallik S, Spertus JA, Reid KJ ve ark. Depressive symptoms after acute myocardial infarction: Evidence for highest rates in younger women. Arch Intern Med 2006;166:876-883.
- Mauro AMP. Exploring uncertainty and psychosocial adjustment after cardioverter defibrillator implantation. J Cardiovasc Nurs 2008;23(6):527-535.

- Mazanec SR, Daly BJ, Douglas S, Musil C. Predictors of psychosocial adjustment during the postradiation treatment transition. *West J Nurs Res* 2011;33:540-559.
- McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K ve ark. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2012;40(sup2):77-137.
- Mete EH. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008;11(Ek 3):3-18.
- Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M ve ark. Heart disease and stroke statistics 2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2015;131(4):242-244.
- Muz G ve Eğlence R. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2(1):15-21.
- Nehir S ve Çam O. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010;26(3):73-84.
- Oğuz S, Enç N ve Yiğit Z. Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2010;38(7):480-485.
- Oğuz S, Kara N, Araç V, Karataş A. Pacemaker takılmış hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2014;5(7):22-31.
- Özdemir Ü ve Taşçı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013;1(1):57-72.
- Özer S. Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010;1(1):3-7.
- Özer S ve Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;1(1):63-77.
- Özer S ve Sezgin D, Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni* 2015;7(4). www.tkd.org.tr
- Özkan S ve Durna Z. İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006;22(2):121-135.
- Özmete E ve Yanardağ M Z. Erkeklerin Bakış Açısıyla Toplumsal Cinsiyet Rollerini: Kadın ve Erkek Olmanın Değeri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2016;20(1):91-107.

- Öztunç G. Myokard Enfarktüsü geçiren bireylerin hastalıklarına uyumlarını etkileyen faktörler ile uyumlarına sağlık eğitimin etkisinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 1990.
- Palabıyıkoğlu R. Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 1. basım, Ankara, Damla Matbaacılık. 2000.
- Parshall MB, Welsh JD, Brockopp DY, Heiser RM, Schooler MP, Cassidy KB. Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2001;30(1):47-56.
- Pour HA, Gökçe S, Kunter D, Yöner H. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi. *F.N. Hem Derg* 2016;24(2):66-71.
- Ramirez MJ, Ferriol EE, Doménech FG, Llatas MC, et al. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129(1):92-97.
- Riegel B ve Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2008;23(3):190-196.
- Riegel B, Lee CS ve Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure, *Nat Rev Cardiol* 2011;8:644-654.
- Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, Peterson PN. American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009;120(12):1141-1163.
- Rosner F. Patient noncompliance: causes and solutions. *Mt Sinai J Med* 2006;73:553-559.
- Ryan P ve Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009;57(4):217-225.
- Savaşan A. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Öz Bakım Gücü İlişkisi. *J Psychiat Nurs* 2009;1(1):13-17.
- Schwarz KA and Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2003; 32(2):88-99.
- Scott LD, Setter-Kline K and Britton AS. The Effects of Nursing Interventions To Enhance Mental Health and Quality of Life Among Individuals With Heart Failure. *Appl Nurs Res* 2004;17(4):248-256.

- Siabani S, Driscoll T, Davidson PM ve Leeder SR. A randomized controlled trial to evaluate an educational strategy involving community health volunteers in improving self-care in patients with chronic heart failure: Rationale, design and methodology Springer Plus 2014;3(1):1-6.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Intraoperative Nursing Management, Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 12th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2010.
- Stein R, Sardinha A, Claudio Gil S. Aroujo CG. Sexual Activity and Heart Patients: A Contemporary Perspective. Can J Cardiol 2016;32(4):410-420.
- Stromberg A ve Dickstein K. What is new and of special interest to nurses in the 2008 ESC guidelines for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure? Eur J Cardiovasc Nurs 2008;7(4):257-258.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>.
- Tokgözoğlu L, Yılmaz MB, Abacı A, Altay H, Atalar E, Aydoğdu S, ve ark. Türkiye'de Kalp Yetersizliği Yol Haritası. TKD Yayını 2015;1-31. http://tkd-online.org/PDFs/KY/KYYolHaritas%C4%B1_151117.pdf Erişim tarihi: 17.1.2017.
- Tuncay P. Koroner Kalp Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Gücü. Yakın Doğu Üniversitesi, Kıbrıs, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Türkmen SN ve Çam MO. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psiko eğitim psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. J Psychiat Nurs 2012;3(3):105-115.
- Türkoğlu Ç. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Türten T. Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumun belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Türten KT ve Akdemir N. Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. J Psychiat Nurs 2016;7(2):61-67.
- Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. J Behav Med 2006;29(4):377-387. DOI:10.1007/s10865-006-9056-5.
- Uchmanowicz I, Polanska JB, Mazur G ve Froelicher SE. Cognitive deficits and self care behaviors in elderly adults with heart failure. Clinical interventions in aging 2017;12:1565-1572.

- Uysal H. Kalp Hastalarının Rehabilitasyonunda Psikososyal Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(3):257-270.
- Uysal H ve Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyumu İçin Motivasyonel Görüşme. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012;3(3):33-38.
- Ünsar S. Konjestif Kalp Yetmezliği. Akbayrak N, Erkal S, Ançel G, Albayrak A. Editörler, Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye – Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut), 1. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık. 2007;255-269.
- Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2012;319-344 .
- White MF, Kirschner J, Hamilton MA. Self - care guide for the heart failure patient. Circulation 2014;129(3):293-294.
- World Health Organization (WHO), Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, Johnson MR. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. Circulation 2013;128(16):e240-327.
- Yıldırım KN ve Öztürk S. Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar. J Cardiovasc Nurs 2016;7(sup 2):60-68.
- Yıldırım O, Erdem A, Alçelik A, Canan F, Öztürk S, Ayhan S S ve ark. Kardiyoloji Servisinde Yatan Dekompanse Sistolik Kalp Yetmezlikli Hastalarda Depresyon Sıklığı ve Prognoza Etkisi. Koşuyolu Kalp Dergisi 2012;15(1):22-27.
- Yılmaz EB ve Ergun A. Kalp Yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010;26(3):1-10.
- Yu DSF, Thompson DR, Lee DTF. Disease management programmes for older people with heart failure: Crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. Eur Heart J 2006;27:596–612.
- Yunus DH ve Sharoni AS. Social Support and Self Care Management Among Patients with Chronic Heart Failure. Malaysian Journal of Public Health Medicine 2016; 16(1):92-98.
- Zengin O, Fırat E ve Acar B. Bazı Sosyodemografik Özellikler Açısından Diyabetli Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Bozok Tıp Dergisi 2017;7(3):73-80.

Zoghi M. Kalp Yetersizliğinin Tanısı, Evreleri ve Sınıflandırması. Klinik Gelişim
2011;24:1-5.



EKLER

EK 1: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Kalp yetmezliği hastalarının psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanan çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız.

Kalp yetmezliğinde halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, solunum güçlüğü, uykusuzluk, ayaklarda ödem, günlük idrar miktarında azalma gibi fiziksel sorunlarla birlikte bağımlı olma endişesi, ölüm korkusu, aile ve iş ilişkilerinde ve yaşam şeklinde bozulma, üzüntü, öfke, sürekli ağlama gibi psikososyal sorunlar görülmektedir. Bu nedenle kalp yetmezliğine bağlı fiziksel ve psikososyal sorunlarla psikososyal uyum bozulabilmekte ve öz bakım davranışlarını yerine getirmek güçleşebilmektedir.

Bu çalışmayı yapmaktaki amacım siz kalp yetmezliği hastalarının psikososyal uyumlarının öz bakım davranışlarına etkisini belirlemektir. Çalışma sırasında sizden ücret talep edilmeyecek ve bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluna bir araştırma gideri yüklenmeyecektir.

Sizden gönüllülük esasına dayalı olarak, kendinizi tanıtıcı bir form, hastalığa psikososyal uyum ile kronik kalp yetmezliği hastalarının hastalıklarına yönelik öz bakım davranışlarını değerlendirmek amacıyla size verilen anket formlarını kendinize uygun olarak doldurmanız ve çalışmamıza katılmanız rica edilmektedir.

Formlarda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak, bu çalışma dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır.

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Afitap ÖZDELİKARA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yardımcı Araştırmacı: Ebru BABA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği

Çalışmaya katılmayı

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

HASTA TANITIM FORMU

1. Cinsiyeti:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
2. Yaşınız:.....
3. Boyunuz:.....
4. Kilonuz:.....(BKI hesaplanacak)
5. Eğitim durumunuz:
 - a. Okuryazar değil
 - b. Okuryazar
 - c. İlkokul
 - d. Ortaokul
 - e. Lise
 - f. Üniversite ve üzeri
6. Medeni durumunuz:
 - a. Evli
 - b. Bekar
7. Kaç çocuğunuz bulunmaktadır?
 - a. Yok
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3 ve üzeri
8. Kimimle birlikte yaşamaktasınız?
 - a. Evde yalnız
 - b. Eşimle
 - c. Eşim ve çocuklar
 - d. Diğer aile üyeleri(anne, baba, kardeşler, gelin, torun)
9. Sürekli oturduğunuz yer
 - a. İl
 - b. İlçe
 - c. Köy
10. Mesleğiniz:
 - a. Memur
 - b. İşçi
 - c. Çiftçi
 - d. Emekli
 - e. Ev hanımı

- f. Serbest Meslek
 - g. Çalışmıyor
 11. Sosyal Güvenceniz:
 - a. Var
 - b. Yok
 12. Hastanın bulunduğu klinik
 - a. Kardiyoloji servisi
 - b. Koroner yoğun bakım
 - c. Kardiyoloji polikliniği
 13. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - a. Gelir giderden fazla
 - b. Gelir giderden az
 - c. Gelir gidere eşit
 14. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz
 - a. 1-4yıl
 - b. 5-10 yıl
 - c. 11 yıl ve üzeri
 - d. Sigara kullanmıyorum
 15. Alkol kullanıyor musunuz?
 - a. 1-4yıl
 - b. 5-10 yıl
 - c. 11 yıl ve üzeri
 - d. Alkol kullanmıyorum
- Hastalıkla İlgili Özellikler
16. Ne kadar süredir kalp hastasıınız?
 - a. 0-2yıl
 - b. 3-5 yıl
 - c. 6-8 yıl
 - d. 9 yıl ve üzeri
 17. Hastaneye kaç kez yattınız?
 - a. Bir kez
 - b. İki kez
 - c. Üç ve daha fazla
 - d. Hiç yatmadım
 18. Ailenizde ya da akrabalarınızda kalp hastalığı olan var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

19. Başka kronik hastalığınız var mı?
- Evet
 - Hayır
20. Hangi ilaçları kullanıyorsunuz?
Belirtiniz.....
21. Sağlık kontrollerine geliyormusunuz?
- Kontrollere düzenli geliyorum
 - Kontrolleri aksatıyorum
 - Kontrollere gelmiyorum
 - Kontrolüm yok
22. Hastalığınız/tedaviniz hakkında nereden bilgi aldınız?
- Hekim
 - Hemşire/sağlık çalışanı
 - İnternet/Tv
 - Gazete /dergi
 - Bilgi almadım
23. Hastalığa dair bir sorunuz olduğunda nasıl baş edersiniz?
- Ailemle konuşurum
 - Arkadaşlarımla konuşurum
 - Kendi kendime çözerim
 - Doktor ya da hemşire ile konuşurum
 - Hiçbir şey yapmam
24. Kendi bakımınız (yürüyüş, banyo vb.) için kimden yardım alıyorsunuz?
- Eşimden
 - Çocuklarımdan
 - Akraba.....

- Ücretli bakıcı
- Yardım almıyorum

NHYA Sınıflandırmasına yönelik sorular

25. Fiziksel aktivite kısıtlılığı yaşamıyorum. Sıradan bir fiziksel aktiviteyle nefes darlığı ya da yorgunluk oluşmamaktadır.

- Evet
- Hayır

26. Fiziksel aktivite açısından hafif bir kısıtlılığım var. Dinlenme sırasında şikayetim yok ancak sıradan bir fiziksel aktivite nefes darlığı ya da yorgunluk oluşturmaktadır.

- Evet
- Hayır

27. Fiziksel aktivite açısından belirgin derecede kısıtlanmışlık hissediyorum. Dinlenme sırasında şikayetim yok ancak sıradan bir fiziksel aktiviteden daha az aktivitede bile nefes darlığı ya da yorgunluk yaşıyorum.

- Evet
- Hayır

28. Herhangi bir fiziksel aktiviteyi rahatsızlık hissetmeden sürdürmem mümkün değil. Kalp yetersizliği semptomları dinlenme sırasında da mevcuttur.

- Evet
- Hayır

EK 2: Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS – SR)

AÇIKLAMA: Elinizdeki bu form şu anda çocuklarınızın ya da akrabalarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (X) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtı bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumuna en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastaneye yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığımız, bir aileniz olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın.

Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

II.BÖLÜMDE; çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev hanımıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

BÖLÜM-I

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a) Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim
- b) Sağlığımla korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c) Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c) Hastalığımla ilgili bakım ve koruması için yaptığım çok şey var.
- d) Hastalığımla ilgili için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.

b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.

c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.

d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.

b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğim ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.

c) Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden

gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c) Hastalığım hakkında genel bir bilgi sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığımız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

a) Doktorum ve tıbbi personelden tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c) Tedavim çok tatsız, bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarımla bir süre

daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d) Tedavimle ilgili her şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuza/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler

c) Bazı ciddi sorunlar var.

d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğinizi/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a) Kötü durumda

b) Pek iyi değil

c) Yeterli

d) Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a) 3 gün ve daha az

b) Bir hafta

c) İki hafta

d) İki haftadan daha çok

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?

a) Şu an hiç önemli değil

b) Oldukça az bir öneme sahip

c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi

d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığımız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a) Amaçlarım değişmez

b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti

d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış gözlediniz mi?

a) Sorunlarda büyük artış var

b) Sorunlarda orta derecede bir artış var

c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var

d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

BÖLÜM III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

a) İyi

b) Fena değil

c) Kötü

d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?

a) Çok kötü

b) Kötü

- c) Fena değil
d) İyi
3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?
a) Bir engelleme olmadı
b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları üstesinden gelinebilecek gibi değil
d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.
4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?
a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olmadı
b) Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
d) Bu konuda bir sorun yok
5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?
a) İletişimde bir azalma yok
b) Çok az ölçüde bir azalma oldu
c) İletişimde bir azalma, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.
6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacımız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?
a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.

- b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
c) Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var
7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?
a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?
a) Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var
b) Orta derecede maddi problemlerim var
c) Çok az maddi problemim var
d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?
a) İlişkinizde herhangi bir değişiklik olmadı
b) Hastalanmadan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
c) Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.
2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?
a) Hastalandığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.

- b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.
- 3.** Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?
a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
b) Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var
c) Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var
d) Cinsel aktiviteler tamamen durdu
- 4.** Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?
a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok
- 5.** Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olması da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?
a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
b) Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var
c) Önemli cinsel problemlerim var
d) Cinsellikten tamamen koptum.
- 6.** Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ne derecede?
a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
b) Bu konuda yoğun farklılıklar var

- c) Bazı farklılıklar var
d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V

- 1.** Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?
a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
b) Görüşmeler biraz azaldı
c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
d) Hastalık süresince hiç görüşmedik
- 2.** Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?
a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
b) Önceki orana onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı
c) İlgi bir parça azaldı
d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı
- 3.** İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?
a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
b) Yeterince yardımcı oluyorlar
c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.
- 4.** Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdır. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- c) Bağlılığım biraz azaldı
- d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

BÖLÜM VI

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenilebiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) Hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da hiç yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3. Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatlar, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde düşük
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabilir misiniz?

- a) Katılımım çok az, ya da şu anda hiçbir katılımım yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı

c) Katılımım biraz azaldı

d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

(sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da yok
- b) Katılımım önemli, ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilginiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az oldu
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz, ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derece.

EK 3: Avrupa Kalp Yetmezliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği-12 (AKYÖ)

Bu ölçek kalp yetmezliğinde öz bakım ile ilgili ifadelerden oluşmaktadır. Sizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz numarayı daire içine alınız. Seçeneklerin her biri birbirinden farklı olup (1) “Tamamen katılıyorum”, (2) “Kısmen katılıyorum”, (3) “Ne katılıyorum ne katılmıyorum”, (4) “Kısmen katılmıyorum”, (5)“Hiçbir şekilde katılmıyorum” biçiminde yanıtlayınız. Herhangi bir ifade konusunda kararsız dahi olsanız, sizin için en doğru olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine işaretleyiniz.

N O	SORULAR					
1	Her gün tartılırım	1	2	3	4	5
2	Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatmak, dinlenmek)	1	2	3	4	5
3	Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
4	Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
5	Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
6	İçtiğim sıvı miktarımı kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere).	1	2	3	4	5
7	Gün içinde dinlenirim	1	2	3	4	5
8	Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
9	Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim	1	2	3	4	5
10	İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım	1	2	3	4	5
11	Her yıl grip aşısı olurum	1	2	3	4	5
12	Düzenli egzersiz yaparım	1	2	3	4	5

EK 4: OMÜ Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/668-1176

05.10.2017

Sayın Yrd.Doç.Dr.Afitap ÖZDELİKARA

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Psikososyal Uyumunun Öz Bakım Davranışları Üzerine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2017/16 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 12.01.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 5: Samsun Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlik İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 48669339-604.02
Konu : Araştırma İzni (Ebru BABA)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İliği : 24/01/2017 tarihli ve 48669339-2177 sayılı yazınız.

İliği tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ebru BABA'nın "Kalp Yetmezliği Hastaların Psikososyal Uyumunun Öz Bakım Davranışları Üzerine Etkisi" konulu araştırmalarını Genel Sekreterliğimize bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kardiyoloji polikliniği, kardiyoloji kliniği ve koroner yoğun bakım ünitesinde yapmaları uygun görülmüş olup, araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kişi ile "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ
Genel Sekreter

EK:

1. Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü
2. Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği - Araştırma ve Geliştirme

(Ar-Ge) Merkezi
100. Yıl Bulvarı No:232 İskender/SAMSUN
(0362) 311 2500 (1428)
Faks No:0(362) 311 25 28

Adana Mahallesi

Bilgi için KÜRŞAT YURDAKÖŞ

e-Posta:karsat.yurdakos@sağlık.gov.tr İnt. Adresi: -

Urvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

Ticari elektronik imza adresine <http://e-belge.sağlık.gov.tr> adresinden a2b0464-5da-4610-8669-179c8b96c12 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

VAZİRE

EK 6: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Etik Kurul İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SAMSUN KHGBS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
24/04/2017 14:57 - 54103609 - 604.02 - E.6888



Sayı : 54103609-604.02
Konu : Araştırma İzni (Ebru BABA)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 21/04/2017 tarihli ve 33646832-929-6495 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ebru BABA'nın "Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Psikososyal Uyumunun Öz Bakım Davranışları Üzerine Etkisi" konulu araştırmalarını Genel Sekreterliğimize bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kardiyoloji polikliniği, kardiyoloji kliniği ve koroner yoğun bakım ünitesinde yapmaları ile ilgili dilekçe ve "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından incelenerek uygun görülmüş olup, karar metni yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ
Genel Sekreter

EK:

1. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Kararı (1 sayfa)
2. Üst yazı (1 sayfa)

27 Nisan 2017
Gülseren KILIÇ
Tıbbi Sekreter

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/ Araştırma ve Geliştirme
(Ar-Ge) Merkezi
100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN
(0362) 311 2500 (1428)
Faks No:0(362) 311 25 28

Adalet Mahallesi

Bilgi için:KÜRŞAT YURDAKOŞ

Unvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b2083e98-0021-457e-876c-146a06aea907 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T. C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Kararları	Oturum Tarihi	Oturum sayısı
	18.04.2017	2017/ 7

Karar sayısı: 44

Hastanemiz Kardiyoloji ve Koroner Yoğun Bakım Kliniklerinde ve Kardiyoloji Polikliniklerinde planlanan ve Yrd. Doç. Dr. Afitap ÖZDELİKARA'nın sorumlu araştırmacısı ve Hastanemiz hemşirelerinden Ebru BABA'nın Yardımcı Araştırmacısı olduğu "Kalp Yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisi" isimli çalışmaya ait başvuru formu ve ekleri incelenmiş olup, çalışmanın yürütülmesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından uygun görülmüştür.

ASLININ AYNIĞIR
18.04.2017
Kürşat YURDAKÖŞ
UZMAN

TUEK ÜYELERİ	
Doç. Dr. Fatih ÖZKAN (Başkan)	İMZA
Doç. Dr. Mehmet Derya DEMİRAG (Eğitim Koordinatörü)	İMZA
Doç. Dr. Mustafa Kemal ATILLA	İMZA
Doç. Dr. Zahide DOĞANAY	İMZA
Doç. Dr. Yasemin KEMAL	İMZA
Doç. Dr. Mahir İĞDE	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Elif ÇOLAK	İMZA

EK 7: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği İzni

Hastalığa psikososyal uyum-özbakım ölçeği

Gelen Kutusu x



ebru baba <ebrubaba55@gmail.com>

16.01.2017 ☆



Alıcı: mahmure.aygun ▾

Merhaba Mahmure Hanım,
Ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaktayım. "Kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumlarının öz bakım davranışları üzerine etkisi" isimli tez çalışmamda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Hastalığa psikososyal uyum özbakım ölçeğini" sizin içinde uygun olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim. İyi çalışmalar. .



Mahmure AYGÜN <mahmure.aygun@gmail.com>

17.01.2017 ★



Alıcı: bana ▾

Sayın Ebru Baba,

1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Saygılarımla.

Yrd. Doç. Dr. Mahmure Aygün

EK 8: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12 (AKYÖ) İzni

ebru baba <ebrubaba55@gmail.com> 31.03.2017 ☆ ↶
Alıcı: canand ▾

Merhaba Canan Hanım;
Ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. "Kalp Yetmezliği olan Hastaların Psikososyal Uyumunun Öz Bakım Davranışı Üzerine Etkisi" isimli tez çalışmamda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği"ni sizin içinde uygun olursa çalışmamda kullanmak istiyorum.

Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Afif ÖZDELİKARA'nın bilgisi dahilinde ölçeğin Türkçe formunu ve hesaplama yöntemini sizden rica etsem gönderebilir misiniz?

Teşekkür eder İyi Çalışmalar dilerim...

CANAN BAYDEMİR <canand@ogu.edu.tr> 3.04.2017 ★ ↶
Alıcı: bana ▾

Ebru hanım merhaba
ekli dosyada benim 2013 yılında çalışmamda kullandığım ölçek ve demografik bilgiler anket yer alıyor. 2013 yılında bu ölçeğin internete herkese açık türkçe versiyonunun kullanımı bulunmaktaydı ben de o sayfadan indirip kullandım. hesaplaması ise tüm sorular toplanarak toplam puan üzerinden değerlendirilmeler yapılmaktadır. soruların ekli dosyada puanları bulunuyor.
Kolay gelsin
Canan

----- Orijinal Mesaj -----
Kimden: "ebru baba" <ebrubaba55@gmail.com>
Kime: canand@ogu.edu.tr
Gönderilenler: 31 Mart Cuma 2017 17:30:24
Konu: Avrupa Kalp Yetmezliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için kişisel bilgisayar.

Avrupa Kalp Yetmezliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği

ebru baba <ebrubaba55@gmail.com> 31.03.2017 ☆ ↶
Alıcı: ozdamar ▾

Merhaba Kazım Bey;

Ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. "Kalp Yetmezliği olan Hastaların Psikososyal Uyumunun Öz Bakım Davranışı Üzerine Etkisi" isimli tez çalışmamda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği"ni sizin içinde uygun olursa çalışmamda kullanmak istiyorum.

Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Afif ÖZDELİKARA'nın bilgisi dahilinde ölçeğin Türkçe formunu ve hesaplama yöntemini sizden rica etsem gönderebilir misiniz?

Teşekkür eder İyi Çalışmalar dilerim...

KAZIM ÖZDAMAR <ozdamar@ogu.edu.tr> 1.04.2017 ★ ↶
Alıcı: bana ▾

Kullanabilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı: Ebru BABA

Doğum Yeri: Tekkeköy/SAMSUN

Doğum Tarihi: 02.08.1993

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu(Kurum ve Yıl): Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, 2011 - 2015.

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahili Yoğun Bakım Ünitesi 2015 - Halen

E – posta: ebrubaba55@gmail.com

