

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYİN BAKIM
VERENLERİNE UYGULANAN DESTEK GRUP
GİRİŞİMİNİN HASTA VE BAKIM VEREN
SONUÇLARINA ETKİSİ**

CANAN DEMİR BARUTCU

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

İZMİR-2015

TEZ KODU: DEU. HSI. PhD- 2011970118

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYİN BAKIM
VERENLERİNE UYGULANAN DESTEK GRUP
GİRİŞİMİNİN HASTA VE BAKIM VEREN
SONUÇLARINA ETKİSİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

CANAN DEMİR BARUTCU

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Hatice Mert

TEZ KODU: DEU. HSI. PhD- 2011970118

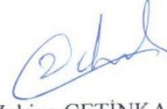
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Doktora programı öğrencisi Canan DEMİR BARUTCU “**Kalp Yetersizliği
Olan Bireyin Bakım Verenlerine Uygulanan Destek Grup Girişiminin Hasta ve Bakım
Veren Sonuçlarına Etkisi**” konulu Doktora tezini 26.03.2015 tarihinde başarılı olarak
tamamlamıştır.



Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
DEU Hemşirelik Fakültesi
BAŞKAN



Doç. Dr. Hatice MERT
DEU Hemşirelik Fakültesi
ÜYE



Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
DEU Hemşirelik Fakültesi
ÜYE



Doç. Dr. Sevgi KIZILCI
Gediz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
ÜYE



Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
DEU Hemşirelik Fakültesi
ÜYE

Prof. Dr. Beril DÖNMEZ ÇOLAKOĞLU
DEU Tıp Fakültesi
YEDEK ÜYE

Doç. Dr. Yasemin TOKEM
Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	I
TABLO DİZİNİ.....	V
ŞEKİL DİZİNİ.....	VIII
KISALTMALAR.....	IX
TEŞEKKÜR	X
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	7
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Kalp Yetersizliği	10
2.1.1. Kalp Yetersizliği Epidemiyojisi.....	10
2.1.2. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi	11
2.1.3. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları.....	12
2.1.4. Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması.....	12
2.1.5. Kalp Yetersizliği Tipleri	13
2.1.5.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği	13
2.1.5.2. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği	14
2.1.5.3. Kalp Yetersizliğinde Kullanılan Diğer Sınıflama Terimleri	14
2.1.6. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi	15
2.1.7. Kalp Yetersizliği Tanısı	15
2.1.8. Kalp Yetersizliği Tedavisi	17
2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi	17
2.1.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi.	19
2.2. Bakım Veren Yüğü	23
2.2.1. Kalp Yetersizliği Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü	24
2.3. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Neuman Sistemler Modeli.....	27
2.3.1. Stresörler	28

2.3.2. Esnek Savunma Hattı.....	28
2.3.3. Normal Savunma Hattı	29
2.3.4. Direnç Hatları.....	29
2.3.5. Temel Yanıt.....	30
2.4. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Neuman Sistemler Modeli'nin Kullanımı.....	32
3. 1. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.1.4. Çalışma Materyali	36
3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.1.6. Veri Toplama Araçları.....	36
3.1.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	37
3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
3.1.10. Etik Kurul Onayı	38
4.1. BULGULAR.....	39
4.1.1. Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri	39
4.1.2. Geçerlik Analizleri	42
4.1.2.1. Dil-İçerik Geçerliğinin İncelenmesi.....	42
4.1.2.2. Yapı Geçerliği	42
4.1.3. Güvenirlik Analizleri.....	46
4.1.3.1. İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları ve Madde Analizleri.....	46
4.1.3.2. Test – Tekrar Test Güvenirliği	49
5.1. TARTIŞMA.....	50
5.1.1. Geçerliğin Değerlendirilmesi	50
5.1.2. Güvenirliğin Değerlendirilmesi	51
6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER	52

II. AŞAMA

Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Bakım Verenlerine Uygulanan Destek Grup Girişiminin Hasta ve Bakım Veren Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi Yarı Deneysel Araştırma

3.2. GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.2.1. Araştırmanın Tipi	53
3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	53
3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	53
3.2.4. Çalışma Materyali	57
3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri	57
3.2.6. Veri Toplama Araçları.....	57
3.2.7. Araştırma Planı ve Takvimi	61
3.2.7.1. Veri Toplama Süreci.....	62
3.2.7.2. Destek Grubu Programının Geliştirilmesi	62
3.2.7.3. Destek Grubunun Uygulanması	63
3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	64
3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	65
3.2.10. Etik Kurul Onayı	65
3.3. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı.....	65
4.2. BULGULAR.....	67
4.2.1. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri	67
4.2.2. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yüğü ve Depresyon Belirtileri Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	69
4.2.3. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri.....	70
4.2.4. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Hastaların Yaşam Kalitesi Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71
4.2.5. Bakım Verenlere Uygulanan Destek Grup Girişiminin Bakım Veren ve Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hasta Sonuçlarına Etkisi.....	72

5.2. TARTIŞMA.....	93
5.2.1. Bakım Verenlere Uygulanan Destek Grup Girişiminin Bakım Veren Sonuçlarına Etkisi.....	93
5.2.2. Bakım Verenlere Uygulanan Destek Grup Girişiminin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hasta Sonuçlarına Etkisi.....	100
6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	102
6.2.1. Sonuçlar	102
6.2.2. Öneriler	102
7. KAYNAKLAR	103
8. EKLER.....	112
Ek-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	112
Ek-2. Hollanda Objektif Yük Envanteri Tanıtıcı Özellikler Formu.....	113
Ek-3. Hollanda Objektif Yük Envanteri	114
Ek-4. Dutch Objective Burden Inventory (DOBI)	116
Ek-5. Bakım verene Yönelik Tanıtıcı Özellikler Formu	118
Ek-6. Beck Depresyon Ölçeği.....	119
Ek-7. Hastaya Yönelik Tanıtıcı Özellikler Formu	121
Ek-8. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği (LVD- 36)	122
Ek 9. Kalp Yetersizliği Hastaları ve Bakım Verenleri İçin Eğitim Kitapçığı.....	123
Ek-10. Ölçek İzin Belgesi	140
Ek-11. Kurum İzin Belgesi	141
Ek-12. Etik Kurul İzin Belgesi.....	142
Ek- 13. Özgeçmiş	144
Ek- 14. Tezden Yapılan Yayınlar.....	146

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Semptomlara Yönelik Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması.....	13
Tablo 2. Framingham Kriterleri.....	16
Tablo 3. Boston Kriterleri.....	17
Tablo 4. Kalp Yetersizliğinde Kullanılan İlaçlar ve Hemşirelik Girişimleri	18
Tablo 5. Hasta ve Bakım verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 6. Bakım Verenlerin Hollanda Objektif Yük Envanteri Puan Ortalaması	41
Tablo 7. Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Madde-Madde ve Madde-Alt Boyut Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi.....	47
Tablo 8. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif ve Subjektif Bölümünün Test-Retest Puan Ortalamaları ve Korelasyonlarının İncelenmesi.....	49
Tablo 9. Hollanda Objektif Yük Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği ve Sol Ventrikul Disfonksiyon Ölçeği'nin Puan Ortalamaları ile Araştırmanın Gücü	55
Tablo 10. Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin İç Tutarlılık Katsayıları	58
Tablo 11. Beck Depresyon Ölçeği'nin İç Tutarlılık Katsayıları	59
Tablo 12. Sol Ventrikul Disfonksiyon Ölçeği'nin İç Tutarlılık Katsayıları.....	60
Tablo 13. Kontrol ve Girişim Grubu Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 14. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yüğü ve Depresyon Belirtileri Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	69
Tablo 15. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	70
Tablo 16. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Hastaların Yaşam Kalitesi Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71

Tablo 17. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan	
Ortalamalarının Karşılaştırılması	72
Tablo 18. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan	
Ortalamalarının İleri Analizleri.....	73
Tablo 19. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan	
Ortalamalarının Karşılaştırılması	74
Tablo 20. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan	
Ortalamalarının İleri Analizleri.....	75
Tablo 21. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	76
Tablo 22. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının İleri Analizleri	77
Tablo 23. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	78
Tablo 24. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının İleri Analizleri	79
Tablo 25. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Motivasyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	80
Tablo 26. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Motivasyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının İleri Analizleri	81
Tablo 27. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Motivasyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	82
Tablo 28. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Motivasyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının İleri Analizleri	83

Tablo 29. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Emosyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 30. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Emosyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının İleri Analizleri	85
Tablo 31. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Emosyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	86
Tablo 32. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Emosyonel Destek Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının İleri Analizleri	87
Tablo 33. Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	88
Tablo 34. Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının İleri Analizleri.....	89
Tablo 35. Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının LVD-36	
Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	90
Tablo 36. Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının LVD-36	
Ölçeği Puan Ortalamalarının İleri Analizleri.....	91
Tablo 37. Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastaneye	
Tekrar Yatma Durumlarının Karşılaştırılması	92

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Neuman Sistemler Modeli.....	31
Şekil 2. Araştırma Planı ve Takvimi.....	37
Şekil 3. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Bölüm Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	44
Şekil 4. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Bölüm Doğrulayıcı Faktör Analizi	45
Şekil 5. Araştırma Örnekleminin Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	56
Şekil 6. Araştırma Planı	61
Şekil 7. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı	66

KISALTMALAR

ACC:	American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Birliği)
ACE:	Anjiotensin Converting Enzim
ARB:	Anjiotensin II Reseptör Blokerleri
AHA:	American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
EF:	Ejeksiyon Fraksiyon
EKG:	Elektrokardiyografi
EKO:	Ekokardiyografi
ESC:	European Society of Cardiology (Avrupa Kalp Derneği)
HAPPY:	Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey (Türkiye’de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması)
INR:	<i>International Normalized Ratio</i> (Uluslararası Düzeltme Oranı)
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KKY:	Kronik Kalp Yetersizliği
KY:	Kalp Yetersizliği
LVEF:	Left Ventricular Ejection Fraction (Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyon)
LVD:	Left Ventricul Dysfunction (Sol Ventrikül Disfonksiyon)
MI:	Miyokart İnfarktusu
NSM:	Neuman Sistemler Modeli
NYHA:	New York Heart Association (New-York Kalp Birliği)
PND:	Paroksizmal Nokturnal Dispne

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgi, destek ve anlayışıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Hatice MERT'e, tez çalışmamın planlama, yürütme aşamalarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'ye, Sayın Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'a, araştırmanın analizlerini yapmamda yardımcı olan ve zamanını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Murat BEKTAŞ'a, destek grup toplantılarına değerli zamanlarını ayırıp katılan bakım verenlere ve araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarına, yaptığı bunca fedakârlıklara karşın hakkını asla ödeyemeyeceğimi bildiğim anneme, sürekli daha fazla okumaya teşvik eden babama, hayattaki en büyük mutluluğum ve varlığına her gün şükrettiğim canım kardeşime ve hayat arkadaşım, can yoldaşım eşime en içten teşekkürlerimi sunarım.

Canan DEMİR BARUTCU

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYİN BAKIM VERENLERİNE UYGULANAN DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN HASTA VE BAKIM VEREN SONUÇLARINA ETKİSİ

Canan Demir Barutcu

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Inciraltı / İZMİR
canan.demir@deu.edu.tr

ÖZET

Amaç: Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Türk örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmek ve kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin hasta ve bakım veren sonuçlarına etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma metodolojik ve yarı deneysel olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Metodolojik olarak Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması bir üniversite hastanesinin kardiyoloji servis ve polikliniğinde 230 bakım veren ile yapılmıştır. Yarı deneysel aşamada; bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğinde kontrol (n:35) ve girişim grubu (n:34) olmak üzere 69 bakım veren ile yapılmıştır. Girişim grubu Neuman Sistemler Modeli'ne göre yapılandırılmış destek grup toplantılarına katılmış olup veriler girişim ve kontrol grubundan girişim öncesi, 3. ay ve 6. ayda toplanmıştır.

Bulgular: Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Türkçeye uyarlanmasında psikolinguistik ve psikometrik özellikleri açısından geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur. İkinci aşamada girişim grubu bakım verenlerin objektif kişisel bakım boyutu dışındaki alt boyutlarda yük puanı kontrol grubuna göre grup*zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin depresyon belirtileri puanı benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Bakım verenlerin baktığı kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesi ve tekrarlı yatma durumu girişim ve kontrol grubunda benzer bulunmuştur ($p>0.05$).

Sonuç: Hollanda Objektif Yük Envanteri geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Girişim grubundaki bakım verenlerin yük ortalamaları tüm boyutlarda girişim öncesine göre 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Bu nedenle kalp yetersizliği hastalarına bakım verenler için destek grup girişimlerinin yaygınlaştırılması ve bu girişimlerin daha uzun bir sürede yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım Veren, Destek Grup, Kalp Yetersizliği, Neuman Sistemler Modeli

THE EFFECT OF SUPPORT GROUP INTERVENTION FOR CAREGIVERS OF INDIVIDUALS WITH HEART FAILURE UPON THE PATIENT AND CAREGIVER OUTCOMES

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to assess the validity and reliability of the Dutch Objective Burden Inventory (DOBI) scale for the Turkish society and evaluate the effectiveness of support group intervention for caregivers of individuals with heart failure (HF) upon the patient and caregiver outcomes.

Method: Research was composed of two phases with methodological and quasi-experimental parts. The reliability–validity test of DOBI was conducted methodologically on 230 caregivers in the HF clinic-outpatient clinic of a university hospital. Quasi-experimental research was conducted with 69 caregivers as control (n:35) and intervention group (n:34) in the cardiology outpatient clinic of a university hospital. The intervention group participated in support group meetings structured according to Neuman Systems Model and the data were collected from both the intervention and the control group in the before the intervention and 3. and 6. months later.

Results: It was found that Turkish version of DOBI is valid and reliable measuring tool with psycholinguistic and psychometric properties. Caregivers in the intervention group had significantly lower burden scores than the control group in all sub-dimensions except objective personal care, in terms of the group*time interaction in a statistical way ($p<0.05$). Caregivers in the intervention and control group had similar scores of depression symptoms ($p>0.05$). The quality of life and rehospitalization of patients with HF receiving care from individuals in the intervention group were determined to be similar with that of the control group ($p>0.05$).

Conclusions: DOBI is a reliable and valid instrument. The burden of caregivers in the intervention group showed a statistically significant decrease compared to the pre-intervention in all dimensions at 3 months. Thus, it is suggested to extend the support group interventions for caregivers of patients with heart failure and conduct these interventions in a longer period.

Key Words: Caregiver, Heart Failure, Neuman Systems Model, Support Group

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kalp yetersizliği (KY) sık görülmesi, görülme sıklığının her geçen yıl artması ve çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus gibi hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği insidansını ve mortalitesini artırmaktadır (Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark. 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 5,8 milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olduğu ve her yıl bu sayıya yaşları 65 ve üzeri olan 825 bin yeni vaka eklendiği rapor edilmiştir (Go, Mozaffarian, Roger, Benjamin ve ark. 2014). Avrupa'da ise 15 milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olduğu belirtilmiştir (Hwang, Luttik, Dracup ve Jaarsma 2010; Clark, Savard, Spaling, Healt ve ark. 2012). Türkiye'de yapılan kalp yetersizliği prevalansı ve belirleyicileri araştırmasının (HAPPY-Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey) sonucunda, ülkemizdeki KY prevalansı %6.9 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, ülkemizde yaklaşık 2 milyon 424 erişkinde KY olduğu belirtilmektedir (Değertekin, Erol, Ergene, Tokgözoğlu ve ark. 2012). Kalp yetersizliği 65 yaşın üzerindeki hastalarda hastaneye yatıştaki en sık nedendir ve yılda bir milyondan fazla hastaneye yatışa neden olmaktadır (Abraham ve Krum 2007). Hastaların taburculuklarından sonraki ilk altı ay içinde tekrar hastaneye yatma oranları %25 ile %50 arasında değişmektedir (Abraham ve Krum 2007).

Kalp yetersizliği; temel gereksinimlerin karşılanamaması, beden imgesinin değişmesi, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar gibi durumlar nedeniyle düşük yaşam kalitesine neden olan bir hastalıktır (Johansson, Agnebrink, Dahlström, Broström 2004; Bekelman, Havranek, Becker, Kutner ve ark. 2007). Kalp yetersizliği ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesinin azaldığı, morbidite ve mortalite oranlarının belirgin olarak arttığı belirtilmiştir (Archana ve Gray 2002; Johansson ve ark. 2004; Murberg 2004; Özer ve Argon 2005; Zambroski, Moser, Bhat ve Ziegler 2005). Heo ve arkadaşlarının (2009) kalp yetersizliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda fiziksel ve sosyal

fonksiyonlarını yapabilme yeteneklerine, genel mutluluklarına ve diğer bireylerle olan iletişimlerine bağlı olduğu bulunmuştur.

Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal desteğin yaşam kalitesi unsurlarını (egzersiz, günlük yaşam aktiviteleri, diyet uyumu) arttırdığı belirtilmektedir (Archana ve Gray 2002; Strömberg, Martenson, Fridlund, Leving ve ark. 2003; Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne ve ark. 2008; Miche, Roelleke, Zoller, Wirtz ve ark. 2009). Yapılan çalışmada sosyal desteği olan kalp yetersizliği hastalarının yaşam umutlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Löfvenmark, Mattiasson, Billing ve Ender ve 2009). Sosyal desteğin sağlanmasında en önemli görev hasta ile en çok zaman geçiren aile üyelerine düşmektedir. Hastalığın evreleri ilerledikçe hastalar gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedir ve hastaların bakımının çoğunluğu aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Kalp yetersizliği tanı aşamasından itibaren uzun bir bakım süreci gerektirmesi nedeniyle, hastalar kadar bakım veren ailelerini de fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi olarak etkilemektedir (Molloy 2005; Luttik, Blaauwbroek, Dijkers ve Jaarsma 2007; Dunbar, Clark, Quin, Garry ve ark. 2008; Saunders 2008; Pressler, Pizlo, Chubinski, Smith ve ark. 2009). Kalp yetersizliği hastalarının şiddetlenen semptomlarının etkisiyle sık hastane yatışları, bilişsel yetersizlikleri, ilaç tedavileri, hastaya uygulanan destekleyici girişimler, implante edilen araçlar bakım verenlerin stres düzeylerini ve yüklerini arttırmakta ve depresif semptomların olmasına, emosyonel ve fiziksel sağlıklarının bozulmasına neden olmaktadır (Pressler ve ark. 2009). Kalp yetersizliği hastalarında desteğin önemi üzerinde durulurken desteği sağlayan bakım verenler üzerinde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi yük göz ardı edilmektedir (Molloy 2005; Aldred, Gott ve Gariballa 2005; Bakas, Pressler, Johnson, Nauser ve ark. 2006; Luttik, Jaarsma, Veeger, Tijssen ve ark. 2008; Saunders 2008).

Hooley ve arkadaşlarının (2005) kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerde yaşam kalitesi, depresyon ile bakım veren yükünü incelediği çalışmada bakım veren yükünün bakım veren depresyonu ile ilişkili olduğunu, bakım verenlerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Duygusal ve fiziksel yük bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamasına, sağlıklarının bozulmasına, daha fazla doktora gitmelerine ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olmaktadır (Schulz ve Beach 1999).

Löfvenmark ve arkadaşlarının (2010) kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenleri ile yaptığı multi profesyonel eğitim programı çalışmasında eğitimler ve paylaşımlar sonucunda bakım verenlerin bilgi düzeyinin arttığı bulunmuştur. Dunbar ve arkadaşlarının (2005) kalp yetersizliğinde aile eğitimi ve destek girişimi çalışmasında bakım verenlere diyetteki sodyum kısıtlaması, alternatif ürünler, kalori hesaplama, hasta ile doğru iletişim teknikleri kullanma, empati yapma ve sosyal destek sağlama gibi konularda eğitim verilmiştir. Çalışma sonucuna göre eğitim girişimleri sonrasında bakım verenlerin bilgi düzeylerinin arttığı, iletişimde algılanan krizlerin daha kolay çözüldüğü, aile eğitim programlarının hastanın öz bakım aktivitelerine katılımı konusunda yararlı olduğu bulunmuştur.

Duhamel ve arkadaşlarının (2007) kalp yetersizliği hastasına bakım verenler üzerine yaptığı kalitatif çalışmada aileye uygulanan hemşirelik girişimlerinin eşlerin bu süreçten etkilenme düzeylerini hafiflettikleri, daha rahat iletişim kurabildikleri, bakım verenlerin hissettikleri güçsüzlük duygularının azaldığı, bilgi ve destek sayesinde bu süreçten etkilenme düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Aile desteğinin sağlanması ve bilgi düzeyinin artırılması hem aile üyelerinin sağlığını hem de aile dinamiklerini etkilemektedir. Aileye yapılan girişimlerin anksiyete ve depresyonu azalttığı, çiftlerin birbirlerini daha iyi anladıkları, hastalık sürecinin bilinmesinin bakım verenlere daha fazla güven verdiği, hastalık ve süreci hakkında daha az endişelendikleri ve hastaya daha fazla destek vermek istedikleri belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerin sosyal izolasyon yaşadıkları ve bu dönemde çok ihtiyaçları olmasına rağmen profesyonel destek ve eğitim alamadıkları belirtilmiştir (Aldred ve ark. 2005; Boyd, Murray, Kendall, Worth ve ark. 2004). Bahrami ve arkadaşları (2014) kalp yetersizliği bakım verenleri ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin bakım konusunda bilgi eksikliklerinin olduğunu, fiziksel ve psikososyal anlamda çok yorgun olduklarını, sosyal destek alamadıklarını ifade etmiştir. Tüm bunların bakım veren yükünü arttırdığı, bakım verenin psikososyal durumunu olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin kalp yetersizliği ve bakım hakkındaki bilgisi arttığında, hastaların yaşam biçimi değişikliklerine, karar vermelerine, öz-bakımlarına, ilaç tedavisine uyumlarına ve sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim kurmalarına destek oldukları belirtilmiştir. Aynı zamanda bakım verenlerin kendilerine daha fazla güvendiği, endişelerinin azaldığı ve bakımından sorumlu olduğu kişilere daha fazla destek verdikleri ve

bu durumun kalp yetersizliği hastasının yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur (Dunbar, Clark, Deaton, Smith ve ark. 2005; Bakas ve ark. 2006; Luttik ve ark. 2007; Duhamel, Dupuis, Reidy ve Nadon 2007; Dunbar ve ark. 2008; Pressler ve ark. 2009; Löfvenmark ve ark. 2010; Bahrami, Etamadifar, Shahriari ve Farsani 2014).

Hemşireler hasta ve bakım veren sonuçlarını iyileştirmede çok önemli role sahiptirler. İnsanlar stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında çevresinden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman etkili baş etme yöntemlerini daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilmektedir. Sosyal destek sağlamada hemşire, öncelikle bireyin destek kaynaklarını belirlemeye ve stres yaşayan bireye ne tür desteğin yarar sağlayacağını tespit etmeye çalışmalıdır. Bakım veren yükünü azaltmak için de öncelikle yapılması gereken deneyimlenen yükü belirlemektir. Yük belirlendikten sonra bakım verenlere bakım sırasında dikkat edilmesi gereken konularla ilgili eğitim ve destek verilmelidir. Hemşireler eğitim ya da destek girişimleri planlarken farklı yöntemleri kullanabilir, bireysel eğitimler ya da destek grup toplantıları kullanılabilecek eğitim yöntemlerinden bazılarıdır. Bakım verenlerin bir destek grubundaki diğer bakım veren aile  yeleri ile deneyimlerini paylaşması, duygularını ve endişelerini açıkça ifade etmesi önemlidir. Bu sayede bakım verenin algıladığı y k ve psikososyal açıdan olumsuz etkilenmesi azaltılabilir. Yapılan girişimler sayesinde hasta ve aile  yeleri tedaviye daha kolay uyum sağlayabilir, hastalar bakım yönetimine katılabilir, hastanın tekrarlı yatışları azaltılabilir ve hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesi artabilir. Bu nedenle KY gibi uzun süreli kronik bir hastalığı olan hastaların bakım programlarının etkin olabilmesi için; bakımı sağlayan ailelerin algıladıkları y k üzerinde durulmalı ve bilgi, bakım, destek, empati, motivasyon, iletişim gibi gereksinimleri karşılanmalıdır.

Literatürde, uluslararası çalışmalarda kalp yetersizliği hastalarının bakım verenlerine uygulanan girişimsel çalışmaların az sayıda olduğu saptanmıştır, ülkemizde ise bu konu ile ilgili yapılan çalışmalara ulaşılamamıştır. Kalp yetersizliği hastalarında sosyal destek çok önemli iken hastalara destek sağlayan bakım verenlerin eğitimi ve desteklenmesi hem bakım veren sonuçlarına etkisi hemde hasta sonuçlarına etkisi açısından önemlidir. Bu saptamadan yola çıkararak bu çalışma planlanmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırma metodolojik ve yarı deneysel araştırma tipine uygun iki aşamadan oluşmaktadır. Bu nedenle araştırma amacı bu iki aşamaya uygun şekilde aşağıda belirtilmiştir;

Birinci aşama; Kalp yetersizliği hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları bakım veren yükünün belirlenmesinde kullanılan Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir.

İkinci aşama; Kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin bakım verenlerin ***bakım veren yükü ve depresyon belirtileri*** ile bakım verdiği kalp yetersizliği hastalarının ***yaşam kalitesi ve hastaneye tekrar yatma durumu*** üzerine etkisini incelemektir.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri (İkinci Aşama)

H_{1a1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin ***objektif kişisel bakım destek puanı*** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{1a2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin ***objektif kişisel bakım destek puanı*** girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{1b1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin ***subjektif kişisel bakım destek puanı*** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{1b2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin ***subjektif kişisel bakım destek puanı*** girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{2a1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin ***objektif uygulanabilir destek puanı*** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{2a2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin ***objektif uygulanabilir destek puanı*** girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{2b1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin ***subjektif uygulanabilir destek puanı*** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{2b2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *subjektif uygulanabilir destek puanı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{3a1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *objektif motivasyonel destek puanı* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{3a2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *objektif motivasyonel destek puanı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{3b1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *subjektif motivasyonel destek puanı* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{3b2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *subjektif motivasyonel destek puanı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{4a1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *objektif duygusal destek puanı* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{4a2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *objektif duygusal destek puanı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{4b1}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *subjektif duygusal destek puanı* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{4b2}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *subjektif duygusal destek puanı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{5a}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *depresyon belirtileri puanı* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H_{5b}. Girişim grubundaki bakım verenlerin *depresyon belirtileri puanı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{6a}. Girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği KY hastalarının *yaşam kalitesi puanı* kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği KY hastalarının yaşam kalitesi puanından daha düşüktür.

H_{6b}. Girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği KY hastalarının *yaşam kalitesi puanı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

H_{7a}. Girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği KY hastalarının *hastaneye tekrar yatma sıklığı* kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği KY hastalarından daha düşüktür.

H_{7b}. Girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği KY hastalarının *hastaneye tekrar yatma sıklığı* girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği, ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizlik sonucu gelişen, ilerleyici, ciddi semptomların olduğu ve fonksiyonel kapasitenin azaldığı klinik bir durumdur. Bununla birlikte kalp yetersizliği yüksek insidans, prevalans, morbidite ve mortalite oranlarıyla uluslararası bir sağlık problemidir (Jessup ve ark. 2009).

2.1.1. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Populasyonun gittikçe yaşlanması kronik hastalıkların oranında artışa neden olmuştur. Hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus v.b. hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği insidansını artırmaktadır (American Heart Association (AHA) Practice Guideline 2011). Altmışbeş yaşından sonra her 1000 kişiden 10'u kalp yetersizliği tanısı almaktadır. Genel olarak KY prevelansı 65-74 yaş grubu %15.2, 75-84 yaş grubu %31.7, 85 yaş sonrası %65.2 arasında değişmektedir. Kalp yetersizliği insidansının yaşa bağlı olarak arttığı ve her yıl 65-74 yaş aralığındaki bireylerin %1.4'ünde kalp yetersizliği geliştiği ve 85 yaş üzeri bireylerde bu oranın %5'e yükseldiği belirtilmektedir (Go ve ark. 2014; Cajita, Cajita ve Han 2015). 2030 yılına kadar 85 yaş üzeri 8.7 milyon kişinin kalp yetersizliği olacağı belirtilmektedir (Vincent ve Velkoff 2014).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 5,8 milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olduğu ve bu sayıya yaşları 65 ve üzeri olan 825 bin yeni vaka eklendiği rapor edilmiştir ve bir milyonun üzerinde hastaneye yatışın meydana geldiği belirtilmiştir (Abraham ve Krum 2007; European Society of Cardiology (ESC) 2008; Lloyd, Jones, Adams, Carnethon ve ark. 2010; Go ve ark. 2014). Avrupa'da ise 15 milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olduğu belirtilmiştir (Hwang ve ark. 2010; Clark ve ark. 2012).

Kalp Yetersizliği Prevelans ve Belirleyicileri Araştırması (HAPPY)'nin sonucuna göre ülkemizdeki erişkin KY prevelansının %6.9 olduğu ve yaklaşık 2 milyon 424 kişinin KY hastası olduğu bulunmuştur. Kalp yetersizliği olan hastalar arasında bir-bir buçuk milyon

kişinin günlük işlerini yapamayacak kadar rahatsız olduğu belirtilmiştir (Değertekin ve ark. 2012).

Kalp yetersizliği insidansı ve prevalansı artarken, mortalitesi de artmaktadır (AHA 2011). Kalp yetersizliği tanısı alan hastaların beş yıl içinde yaklaşık %50'si hayatını kaybetmektedir (AHA 2011). Tanı sonrası bir yıl içindeki mortalite oranı yaklaşık %25, 10 yıl içinde %40 ve 15 yıl içinde %56'dır (Sharma ve Kalra 2009). Kalp yetersizliği hastalarının %83'ü hastaneye yılda en az bir kez, %43' ü ise yılda en az dört kez hastaneye yatmaktadır (AHA 2011). Kalp yetersizliği tanısı ile hastaneye yatan hastaların yaklaşık %80'inin en az 65 yaş üstü olduğu belirtilmekte ve altı aylık bir süreçte hastaneye yeniden yatış oranları %25 ile %50 arasında değişmektedir (Abraham ve Krum 2007; ESC 2008; Kozan ve Zoghi 2010; Angelidou 2010).

2.1.2. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi

Kalp yetersizliğine neden olan faktörler koroner arter hastalığı, primer kapak hastalıkları, hipertansiyon, alkol alımı, toksinler, viral, metabolik (hipertiroidi-hipotiroidi, akromegali, hemokromatozis, diyabetik), infektif, infiltratif (sarkoid, amiloid) nedenler olarak sıralanabilir (İlerigelen 2007; Lewis, Heitkemper, Dirksen, Obrien ve ark. 2007; Sharma ve Kalra 2009).

Türk eğitim hastanelerinde konjestif kalp yetersizliğinin epidemiyolojik ve farmakolojik profilini 661 hasta üzerinde inceleyen araştırma sonucuna göre kadın hastaların KY etyolojilerinde hipertansiyon ve romatizma varken erkek hastalarda iskemi daha sık görülmüştür (Ergin, Eryol, Ünal, Deliceo ve ark. 2004).

Kronik kalp yetersizliğinin prognozunu ağırlaştırabilecek faktörler ise; tedavinin bırakılması, uyumsuzluk (diyet, ilaç), aritmiler, kardiyak enfeksiyonlar, miyokard infarktüsü, pulmoner emboli, sistemik enfeksiyonlar, fiziksel ya da emosyonel stres, kardiyak depresan ilaçlar (sitostatikler) ya da tuz tutucu ilaç alımı (kortikosteroidler), araya giren başka bir hastalık (akut veya kronik böbrek yetersizliği gibi), kardiyak toksinler (alkol vs.), yüksek debi gerektiren durumlar (anemi, hipertiroidi, gebelik vs.) olarak belirtilmiştir (Cordon 2005; Abraham ve Krum 2007; Crawford 2010; AHA 2011).

2.1.3. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

Kalpte meydana gelen değişiklikler nedeniyle kalbin etkilenen bölümüne göre hastaların yaşadığı belirti ve bulgular farklılık gösterebilir. Kalp yetersizliğinde görülen belirti ve bulgular; pulmoner konjesyona, sistemik venöz konjesyona ve düşük kardiyak outputa bağlı olmak üzere üç gruba ayrılabilir (Badır 2009; Smeltzer, Bare, Hunkle, Cheever ve ark. 2010). Kalp yetersizliğinin pulmoner konjesyona bağlı en sık semptomları dispne, ortopne ve paroksizmal nokturnal dispne (PND)' dir. Pulmoner konjesyon varlığında akciğerlerde raller ve wheezing duyulabilir (Smeltzer ve ark. 2010). Sistemik venöz konjesyona bağlı semptomlar periferik ödem, asit ve hepatik konjesyon, karın ağrısı, bulantı, karaciğer kapsülünün gerilmesine bağlı sağ üst kadranda ağrı, dispne, tibial ödem, nokturi ve oligüridir (İlerigelen 2007; Lewis ve ark. 2007; Sharma ve Kalra 2009; Smeltzer ve ark. 2010). Düşük kardiyak debiye bağlı olarak yorgunluk, egzersiz toleransında azalma, mental durum değişiklikleri (unutkanlık, sinirlilik) görülebilir (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Sharma ve Kalra 2009; Smeltzer ve ark. 2010).

2.1.4. Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması

New-York Kalp Birliği (New York Heart Association [NYHA]) sınıflaması ve Amerikan Kardiyoloji Birliği (American College of Cardiology [ACC]) ve Amerikan Kalp Birliği'nin (American Heart Association [AHA]) kılavuzuna göre hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik kalp yetersizliği sınıflandırması Tablo 1' de verilmiştir (İlerigelen 2007; Lewis ve ark. 2007; Jessup ve ark. 2009).

Tablo 1. Semptomlara Yönelik Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması

NYHA Sınıflaması		ACC/AHA Sınıflaması	
Sınıf 1	Bireyler normal fiziksel aktivitelerini kısıtlayan bir semptom yaşamazlar.	Evre A	Kalp yetersizliği gelişimi ile yüksek ilişkili durumlar nedeniyle yüksek riskli hastalar (alkol alımı, DM, HT, kardiyomyopati)
Sınıf 2	Normal fiziksel aktiviteleri yapabilir fakat yorgunluk, çarpıntı, dispne ya da göğüs ağrısı görülebilir.	Evre B	Kalp yetersizliği belirti ve bulguları göstermeyen fakat yapısal kalp hastalığı gelişmiş hastalar (MI, kapak hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi)
Sınıf 3	Hastaların normal aktivitelerini kısıtlayan semptomlarla karakterizedir. İstirahat halinde semptomlar yoktur fakat fiziksel aktivite arttıkça yorgunluk, çarpıntı, dispne ve göğüs ağrısı görülebilir.	Evre C	Altta yatan yapısal kalp hastalığına bağlı olarak, halen veya önceden kalp yetersizliği belirtileri olan hastalar
Sınıf 4	Hastaların istirahat halinde bile semptomatik olmasıdır. Fiziksel aktivite oldukça sınırlıdır.	Evre D	İleri yapısal kalp hastalığı olan ve maksimum medikal tedaviye rağmen istirahatte belirgin olarak kalp yetersizliği belirtileri olanlar

2.1.5. Kalp Yetersizliği Tipleri

Oluşan klinik tabloya, fonksiyonel bozukluğun yeri ve türüne göre kalp yetersizliğine değişik isimler verilmektedir (Purcell ve Kalra 2009; ESC 2012).

2.1.5.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliğine neden olan patolojinin gelişme hızı ve kompanseuar mekanizmaların oluşabilmesi için gerekli zamanın yeterli olup olmamasına bağlı olarak, klinik tablonun ani veya uzun bir sürede gelişmesidir. Akut KY, belli bir zaman dilimiyle sınırlı semptomatik KY'ye verilen isimdir. Tama yakın iyileşme beklenen hafif miyokardit hastaları, koroner bakım biriminde diüretik uygulanması gereken ancak uzun süreli tedavi gerektirmeyen miyokart infarktusu (MI) hastaları ya da iskemiye bağlı ve revaskularizasyonla geçen geçici KY bu tabloya örnek verilebilir. Kronik KY bulunan hastalarda KY'nin ağırlaşması (dekompanseasyon) hastaneye yatışı gerektiren en yaygın KY formudur ve KY olgularının %80'ini oluşturur (ESC 2008; Angelidou 2010).

2.1.5.2. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği

Kalbin sistolik fonksiyonlarındaki bozukluğa bağlı olarak gelişen kalp yetersizliğine sistolik, diyastolde ventrikül doluşunun bozulmasına bağlı olarak gelişen kalp yetersizliğine de diyastolik kalp yetersizliği denir (Purcell ve Kalra 2009). Bu ayrımın başlıca ortaya çıkma nedeni, geçmişte değerlendirme amacıyla hastaneye yatırılan ya da klinik çalışmalara katılan hastaların çoğunda kalp dilatasyonu olması ve EF değerinin %35-40'ın altında olmasıdır. Kalp yetersizliği bulunan hastaların çoğunda dinlenme ya da egzersiz sırasında hem sistolik, hem de diyastolik işlev bozukluğu olduğunun kanıtları vardır. Diyastolik ve sistolik KY birbirinden ayrı ele alınmamalıdır (ESC 2008; Angelidou 2010).

2.1.5.3. Kalp Yetersizliğinde Kullanılan Diğer Sınıflama Terimleri

Kalp yetersizliği bulunan hastalarla ilgili olarak, etiyolojik açıdan anlamlı olmayan birçok terim kullanılmıştır. İleriye doğru ve geriye doğru KY ve kardiyojenik şok gibi terimler, bazı koşullarda doku perfüzyonu ve sol atriyal basınç artışının fizyopatolojiye katkıda bulunabileceği kavramını ifade eden eski terimlerdir. Ön yük ve art yük ise sol ve/veya sağ atriyal basınçlarla bağlantılı (çoğu zaman hacimde aşırı yüklenmeyi yansıtan) ve miyokardın çalışmasıyla bağlantılı (basınç aşırı yükünü ya da yüksek impetansı yansıtan) terimlerdir. Ancak genellikle bu parametrelerin hassas ölçümü yapılamamaktadır. Sağ ve sol KY, sistemik veya pulmoner venlerde konjesyonun ağır bastığı sıvı retansiyonu sonucu sırasıyla ayak bileklerinde şişme ya da pulmoner ödem bulgularıyla ortaya çıkan sendromlara eşlik etmektedir. Sağ ventrikül yetersizliğinin en yaygın nedeni sol ventrikül yetersizliği sonucu böbrek perfüzyonunun yetersiz olması, tuz ve su retansiyonu ve sistemik dolaşımda sıvı birikimi sonucunda pulmoner arter basıncında artıştır. Yüksek ve düşük debili KY bir dizi özgül tıbbi durumun KY bulgu ve semptomlarını taklit eden bir klinik tabloya yol açtığı gözlemine dayanmaktadır. Kalp yetersizliği'ni taklit eden yüksek debili durumların yaygın nedenleri anemi, tirotoksikoz, sepsisemi, karaciğer yetersizliği, arteriovenöz flantlar, paget hastalığı ve beriberidir. Bu durumlarda başlıca anormallik kalp hastalığı değildir ve tablo tedaviyle geri çevrilebilir. Bu gibi tabloları, dolaşımda yüksek debi ile seyreden durumlara bağlı ikincil KY olarak isimlendirmek daha doğrudur ve bunlar tedavi edilebildikleri için ve KY tanısında dışlanmaları gerektiği için önemlidir. Hafif, orta şiddette ya da şiddetli KY klinik semptomatik tanımlamada kullanılır ve hafif KY önemli boyutlarda dispne veya halsizlik bulunmaksızın hareket edebilen hastaları, şiddetli KY belirgin ölçüde semptomatik

olan ve sık sık tıbbi bakım uygulanması gereken hastaları, orta şiddette KY ise geriye kalan hasta grubunu tanımlar (ESC 2008; Angelidou 2010).

2.1.6. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi

Kalp yetersizliğine neden olan hastalık ya da klinik durumlar sonucunda miyokardın kasılma gücü azalarak ventrikülün sistol ya da diyastol işlevi ya da her ikisi birden bozularak kalp debisi düşer. Miyokardın işlev bozukluğu, kalp yetersizliği belirti ve bulgularının ortaya çıkmasına neden olur. Kalbin iş yükü arttığında, vücudun metabolik gereksinimlerini sağlayacak işlevleri sürdürecektir düzeyde kalp debisini sağlamak amacıyla sempatik sinir sistemi uyarılır, sempatik sisteminin uyarılması ile vazokonstriksiyon, taşikardi ve miyokard kontraktilitesinde artış meydana gelir. Bu durum kısa süreli hayati organlara kompanseasyonu sağlarken uzun sürede kalbin oksijen ihtiyacını arttırır, miyokarda direkt toksik etkisi ortaya çıkar, aritmiler ve renin salınımında artış olur (İlerigelen 2007; Lewis ve ark. 2007; İlerigelen 2010; AHA 2011). Diğer taraftan kalbin pompalama gücü azaldığından diyastol sonu volüm artar. Ventrikül basıncının artması ve çapının genişlemesi sonucu ventrikül kas duvarında bir gerilim meydana gelir ve bunun sonucunda da sol ventrikülde bulunan miyokardiyal hücrelerin yapısı değişir (hücre sayısı ve büyüklüğü). Bu durum kanı perifere pompalama amacı taşır fakat hipertrofik miyokard ilerleyen dönemde kontraktilitenin ve oksijenlenmenin bozulmasına, debinin düşmesine ve miyokardın iş yükünün artmasına neden olur. Miyokardın iş yükü arttıkça myofibrillerin kontraktilitesi azalır bunun sonucunda ventrikül içindeki diyastol sonu volüm ve miyokardın duvar gerilimi artar, ventrikülde dilatasyon sonucu kalp yetersizliği gelişir (İlerigelen 2007; Lewis ve ark. 2007; Sharma ve Kalra 2009; Smeltzer ve ark. 2010).

2.1.7. Kalp Yetersizliği Tanısı

Kalp yetersizliğinde tanı;

1. Tipik kalp yetersizliği semptomları (dinlenme ya da egzersiz sırasında nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, ayak bileklerinde şişme)
2. Kalp yetersizliği bulguları (taşikardi, takipne, pulmoner raller, plevral efüzyon, boyun ven basıncında artış, periferik ödem, hepatomegali)

3. Kalpte yapısal ya da fonksiyonel bozukluklara ilişkin objektif kanıt (kardiyomegali, üçüncü kalp sesi, kalpte üfürümler, ekokardiyografide bozukluklar, natriüretik peptid konsantrasyonunda artış) varlığıyla konur (Dickstein ve ark. 2008; Sharma ve Kalra 2009; İlerigelen 2010; Angelidou 2010).

Kalp yetersizliği tanısını kolaylaştırmak amacıyla çeşitli klinik kriterler oluşturulmuştur. Bunların arasında en önemlileri Framingham ve Boston kriterleridir. Framingham kriterleri kalp yetersizliği saptanan hastalarda en sık görülen semptom, bulgu ve laboratuvar değerlerinin sıklık sıralamasına göre major ve minör kriterler olarak değerlendirilmesidir (Tablo 2). Boston kriterleri ise sık görülen semptom, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının puanlaması yöntemlerine dayanır (Tablo 3).

Tablo 2. Framingham Kriterleri

Major Kriterler	Minör Kriterler
Paroksizmal noktürnal dispne veya ortopne	Bilateral ayak bileği ödemi
Juguler ven dolgunluğu	Gece kuru öksürük
Akciğerde krepitan raller	Efor dispnesi
Telegrafide kardiyomegali	Hepatomegali
Akut pulmoner ödem	Plevral Sıvı
S ₃ gallop	Vital kapasitede 1/3 azalma
Santral ven basıncı > 16cm H ₂ O	Taşikardi (≥120/dk)
Dolaşım zamanı > 25 s	
Hepatojuguler reflü	

Kesin Kalp Yetersizliği= 2 major veya 1 major + 2 minor kriterin bulunması

Kaynak: Framingham Heart Failure Diagnostic Criteria,

www.fpnotebook.com/cv/exam/FrmnghmHrtFlrDgnstcCrtr.htm

Tablo 3. Boston Kriterleri

I. Kategori: Öykü	Puan	II. Kategori: Fizik Muayene	Puan	III. Kategori: Radyografi	Puan
İstirahat Dispnesi	4	Kalp hızı 91-110/dk	1	Alveolar ödem	4
Ortopne	4	Kalp hızı > 110/dk	2	İnterstisyel pulmoner ödem	3
Paroksizmal noktürnal dispne	3	Juguler ven dolgunluğu > 6cmH ₂ O	2	Bilateral plevral efüzyon	3
Yürürken dispne	2	Juguler ven dolgunluğu >6cmH ₂ O+ hepatomegali veya ödem	3	Kardiyotorasik oran >0,5	3
Merdiven çıkarken dispne	1	Akciğer baziler raller	1	Pulmoner vasküler redistribüsyon (Kerley A çizgileri)	2
		Akciğer orta ve üst zonlarında raller	2		
		Wheezing	3		
		S3 gallop	3		

Hasta her kategoriden en fazla 4 puan, toplam maximum 12 puan alabilir.

Kesin kalp yetersizliği=8-12 puan

Olası kalp yetersizliği=5-7 puan

Kalp yetersizliği değil < 4 puan

Kaynak: Boston Criteria for Diagnosing Heart Failure - MedicalCRITERIA.com

www.medicalcriteria.com/site/en/criteria/46.../125-carboston.html

2.1.8. Kalp Yetersizliği Tedavisi

2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliğinin tıbbi tedavisindeki gelişmelere rağmen, morbidite ve mortalite oranları halen yüksektir (Smeltzer ve ark. 2010). Özmen ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliğinin nedeni ne olursa olsun dijital, diüretik, ACE inhibitörü, β bloker ve statinler gibi bilinen standart tedavisi ve biventriküler pacemaker gibi perkütan cihaz tedavisi yöntemlerine rağmen günümüzde mortalite ve morbilite oranlarının hala yüksek olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle kalp yetersizliğinde tedavinin amaçları prognozu iyileştirmek, mortalite ve morbiditeyi azaltmak, semptomları gidermek, buna bağlı hastane yatışlarını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaya yöneliktir. Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar ve hemşirelik girişimleri Tablo 4’de verilmiştir (İlerigelen 2007; Dickstein ve ark. 2008; İlerigelen 2010; Smeltzer ve ark. 2010).

Tablo 4. Kalp Yetersizliğinde Kullanılan İlaçlar ve Hemşirelik Girişimleri

KY’de Kullanılan İlaçlar	Etki Mekanizması	Hemşirelik Girişimleri
ACE inhibitörleri	➤ Pulmoner konjesyonu azaltır, arterlerde vazodilatasyon yaparak periferik direnci düşürür, ard yükü azaltır ve kalp debisinde artış sağlar	✓ Böbrek fonksiyonları izlenir ✓ Günlük sıvı ve kilo kontrolü yapılır ✓ Kan basıncı sık aralıklarla ölçülür. ✓ Öksürük kontrol altına alınır. ✓ Hiperpotasemi (aritmî, kas zayıflığı, uyuşukluk vb.) belirti ve bulguları gözlenir.
Anjiyotensin II reseptör blokerleri (ARB’ler)	➤ Anjiyotensin II reseptörlerine etki ederek Anjiyotensin II salınımını bloke eder.	✓ Ödem takibi yapılır.
Beta blokerler	➤ Norepinefrin, renin gibi vazokonstriktörlerin düzeylerini azaltır. ➤ Hemodinamik düzelme, antiaritmik yarar, antioksidan etki, kalp hızında azalma, diyastolik perfüzyon zamanını düzelterek koroner kan akımı artışı sağlar. ➤ Egzersiz kapasitesini artırır.	✓ Azalmış kalp hızı, yorgunluk, öksürük ve semptomatik hipotansiyon kontrol altına alınır. ✓ Hasta sinüs sendromuna, ikinci ya da üçüncü derece kalp bloklarına karşı dikkatli olunur. ✓ Kan basıncı ve nabız kontrolü yapılır. ✓ Sistolik kan basıncı 100 mmHg’nın, nabız sayısı dakikada 60’ın altında ise ilaç dozu atlanır.
Diüretikler	➤ Pulmoner ve sistemik venöz konjesyon semptomlarında düzelme sağlar.	✓ Elektrolit anormallikleri, renal disfonksiyon, diüretik direnci, azalmış kan basıncı kontrol altına alınır. ✓ Düzenli monitorizasyon yapılır. ✓ Günlük kilo takibi yapılır. ✓ İnkontinans/ idrar retansiyonu izlenir.
Digoksin	➤ Kontraktiliteyi ve vagal tonusu artırır, ventrikül hızını azaltır, diyastol sırasında ventrikülün daha iyi dolmasını sağlar.	✓ Dijital entoksikasyonu belirtileri (iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, kilo kaybı, halüsinasyonlar, mental konfüzyon, psikoz, uykusuzluk, baş dönmesi, halsizlik, bulanık görme, çeşitli ritim-iletim bozuklukları)’ne karşı dikkatli olunur. ✓ Düzenli aralıklarla kan düzeyi kontrol edilir.
Kalsiyum kanal blokerleri	➤ Koroner arter düz kaslarını gevşeterek dilatasyon oluşturur. Kalp hızını ve ön yükü azaltır.	✓ Semptomatik hipotansiyon, baş dönmesi, uyku olma durumu gözlenir.

Hemşireler ilaçları reçetedeği gibi alması, ilaçları almadan önce kalp hızını izlemesi gibi konularda eğitim vermelidir. Hastanın kan basıncı takibini yapması ve ortostatik hipotansiyon belirtilerini öğrenmesi ve korunma yollarını bilmesi sağlanmalıdır. Antikoagulan ilaçların yan etkilerine yönelik kanama takibi, Coumadin alıyorsa INR takibi önerilir. İlaçların yan etkileri konusunda bilgilendirilir (Dickstein ve ark. 2008; Angelidou 2010).

2.1.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliğinde tedavi ve bakımın amacı kardiyak debiyi arttırmak, kalbin iş yükünü azaltmak, komplikasyonları önlemek, dekompanse dönem bulgularını erken saptamak, hastanın tekrar hastaneye yatma sıklığını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Hastaların ve yakınlarının eğitimi önemli olup daha aktif biçimde tedaviye katkıda bulunmalarını sağlayabilir ve hasta uyumunu arttırabilir. Vücut ağırlığı gibi basit parametrelerin izlenmesi dekompanseasyonun erken dönemlerde tespit edilmesine olanak sağlayabilir. Böylece diüretik dozu artırılarak kötüye gidiş ve hastaneye yatış önenebilir. Tekrarlı yatışlarının en büyük nedenleri tedavi rejimine uyumsuzluk, sodyum ve sıvı kısıtlamasına uyulmaması, düzenlenemeyen kan basıncı, atrial fibrilasyon veya diğer aritmiler, negatif inotropik ilaçlar, pulmoner embolizm, nonsteroid ilaçlar, aşırı alkol kullanımı, endokrin anormallikleri ve enfeksiyonlar olarak sıralanabilir (Suter, Gorski, Hennessey ve Suter 2012). Tedavi hem sağ kalım süresini uzatmaya hem de yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olmalıdır. Bu nedenle hasta ve ailesinin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, bu bilgilendirme doğrultusunda hastalığa uyum sağlaması, yaşam şeklinde değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif olarak katılımı ve işbirliği yapması önemlidir (Ünsar 2007; Eren 2009; Angelidou 2010; Sears, Woodrow, Cutitta, Ford ve ark. 2013). Kalp yetersizliği ile ilgili eğitim almış olan uzman hemşirelerin hasta eğitimi ve izlemindeki rolü önemlidir. Bu özellikle hastaneden çıkıştan sonraki erken dönemde önem taşır, çünkü bu dönemde hastaneye tekrar başvuru oranları yüksek olup ilk üç ayda yaklaşık olarak %20 dolayındadır (İlerigelen 2010; Angelidou 2010). Hastaların tedaviden en iyi şekilde fayda sağlayabilmeleri için hastalara; hastalığın nedenleri, semptomları, diyet, tuz ve sıvı kısıtlaması, ilaçların yan etkileri, fiziksel aktivitenin önemi ve yaşam biçimi değişiklikleri anlatılmalıdır (Abraham ve Krum 2007; Angelidou 2010).

Tuz Alımı

Sıvı retansiyonunu önlemek için hastalarda tuz kısıtlaması önerilmektedir. Hastalar az tuzlu diyetle beslenmelidir ve bu konuda hastalara yaygın tüketilen besinlerin tuz içeriği konusunda bilgi verilmelidir (ESC 2008; Suter ve ark. 2012). Kalp yetersizliği hastalarında tuz kısıtlaması 2-3 gr/gün önerilmektedir. Daha ağır KY hastalarında ise tuz kısıtlaması < 2gr/gün olarak önerilmektedir (Graham, Atar, Borch, Boysen ve ark. 2007; Ünsar 2007; Dickstein ve ark. 2008; Angelidou 2010; İlerigelen 2010).

Sıvı Alımı

Özellikle hiponatremi ile seyreden şiddetli KY semptomları olan hastalarda günlük sıvı alımı 1.5-2 lt ile sınırlandırılmalıdır (Abraham ve Krum 2007; ESC 2008; Angelidou 2010; Suter ve ark. 2012). Aşırı sıvı alımının riskleri ve nasıl kısıtlama yapacağı açıklanmalıdır. Hafif ve orta şiddette semptomları olan hastalarda rutin sıvı kısıtlamasının klinik yarar sağlamadığı düşünülmektedir (Travers, O'Loughlin, Murpy, Ryder ve ark. 2007; ESC 2008; Dickstein ve ark. 2008; İlerigelen 2010; Sears ve ark. 2013).

Alkol

Alkol kan basıncında artış ve aritmiye neden olabilir bu nedenle aşırı tüketimi zararlı olabilir. Alkol tüketimi günde 10-20 mg (1-2 bardak şarap) ile sınırlandırılmalıdır. Alkole bağlı kardiyomiyopatiden şüphelenilen hastalarda ise alkol kullanımının tamamen kesilmesi önerilmektedir (ESC 2008).

Sigara

Sigara içmek kardiyovasküler hastalık için bilinen bir risk faktörüdür. Hastaların sigarayı bırakması konusunda teşvik edilmesi önerilmektedir (Nichol, Nordin, Mullooly, Lask ve ark. 2003; Dickstein ve ark. 2008; ESC 2008; Angelidou 2010).

Aktivite ve Egzersiz

Semptomatik kalp yetersizliği bulunan hastalarda fiziksel aktivite eksikliği yaygındır ve hastalığın ilerlemesine katkıda bulunur. Düzenli yapılan egzersiz vagal tonusu artırarak ve sempatik aktivasyonu azaltarak otonom kontrolü geliştirir, kas gücünü ve vazodilatör

kapasiteyi artırır, endotelial işlev bozukluğunu azaltır. Düzenli egzersizlerle kazanılan kondisyonun rutin sağlık bakımına göre mortaliteyi, hastaneye yatışları azalttığı, egzersiz toleransını ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir (ESC 2008). Hemşireler hastanın yapabileceği aktivitelere tolerans düzeyini belirleyerek katılımını desteklemelidir. Hasta ve yakınlarıyla aktivite rehberi oluşturabilir, enerji koruma tekniklerini öğretebilir (oturarak çalışmak, çekmek yerine itmek, sık kullanılan eşyaları yakın yerlere koymak v.b.) (Graham ve ark. 2007; Ünsar 2007; Dickstein ve ark. 2008; Karadakovan ve Aslan 2009; İlerigelen 2010; Angelidou 2010; Sears ve ark. 2013).

Kilo Takibi

Kalp yetersizliği olan obez kişilerde ($BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$), KY' nin ilerlemesini önlemek, semptomları azaltmak ve genel sağlık durumunu iyileştirmek için vücut ağırlığının azaltılması önerilmektedir (Dickstein ve ark. 2008; ESC 2008; Angelidou 2010; Suter ve ark. 2012). Kilo artışı (haftada 2-3 kg'dan fazla), iştah kaybı, efor dispnesi, istirahat dispnesi, ortopne, ayak bileği, ayaklar ve karında ödem, inatçı öksürük, gece sık idrara çıkma, nokturnal dispne (gece uykudan uyandıran dispne) gibi belirtilerden herhangi biri görüldüğünde sağlık personeline bildirmenin önemi vurgulanır. (Lewis ve ark. 2007; Dickstein ve ark. 2008; Karadakovan ve Aslan 2009; Smeltzer ve ark. 2010; Angelidou 2010).

Cinsel Aktivite

Kalp yetersizliği hastalarında kardiyovasküler hastalıkla, tıbbi tedaviyle (β -blokerler) ya da halsizlik ve depresyon gibi psikolojik faktörlerle bağlantılı cinsel sorunlar yaygındır. Hafif ya da orta şiddette KY hastalarında cinsel etkinliklerin klinik durum üzerindeki etkilerine ilişkin az sayıda kanıt bulunmaktadır. NYHA sınıf III-IV olan hastalarda cinsel etkinlikte tetiklenen dekompanse riskinin biraz arttığı bildirilmiştir. Orta derecede efor gerektiren egzersiz düzeylerinde semptom yaşamayan hastalarda cinsel etkinlik sırasında dispne, çarpıntı ya da angina seyrek olarak görülebilmektedir. Bu nedenle cinsel ilişki öncesi alkol alınmaması, ağır yemekler yenmemesi, sinirli ve huzursuz olunmaması önerilmektedir (ESC 2008).

Gebelik ve Kontrasepsiyon

Gebelik kan hacmini artırıp kalp debisini yükselttiği ve ekstrasvasküler sıvıda önemli artışa yol açtığı için, KY'nin ağırlaşmasına neden olabilir. Önemli bir başka nokta da KY tedavisinde kullanılan ilaçların çoğunun gebelikte kontrendike olmasıdır. Gebelik riskinin kontraseptif kullanımıyla bağlantılı risklerden daha büyük olduğu düşünülmektedir. Kalp yetersizliği bulunan kadınların kontraseptifler ve gebeliğin planlanması konularında bir hekime danışarak, potansiyel riskleri göz önünde bulunduran, bilgilendirmeye dayalı kararlar almaları tavsiye edilmektedir (ESC 2008).

Seyahat

Semptomatik hastalar yüksek rakımlı (>1500 m) yerlere ve çok sıcak ve nemli bölgelere gitmeme konusunda uyarılmalıdır. Kural olarak, havayolu ulaşımı diğer araçlarla uzun seyahatlere tercih edilmektedir (ESC 2008).

Bağışıklama

Semptomatik KY hastalarında herhangi bir kontrendikasyon yoksa her beş yılda bir pnömokok aşısı ve yılda bir kez grip aşısı yaptırması önerilmektedir (Nichol ve ark. 2003; Dickstein ve ark. 2008; ESC 2008; Angelidou 2010).

Uyku Bozuklukları

Semptomatik KY bulunan hastalarda uykuya ilişkili solunum bozuklukları (merkezi ya da obstruktif uyku apnesi) yaygındır. Aşırı kilolu kişilerin kilo vermesi, sigarayı bırakması ve alkolden kaçınması riski azaltabilir, bu nedenle dikkat etmesi önerilmektedir (ESC 2008).

Depresyon ve Duygudurum Bozuklukları

Kalp yetersizliği hastalarında klinik açıdan önemli depresyon prevalansının %20'ye kadar çıkabildiği ve bu oranın daha duyarlı yöntemlerle ya da daha ileri evre KY hastaları arasında yapılan taramalarda çok daha yüksek olabileceği belirtilmiştir. Depresyon morbidite ve mortalite artışıyla bağlantılıdır bu nedenle hastaların psikolojik sağlıklarına dikkat edilmesi önerilmektedir (ESC 2008; Suter ve ark. 2012).

2.2. Bakım Veren Yüğü

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama olarak tanımlanmaktadır (TDK 2015). Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (İnci 2006). Hasta bir üyeyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla yük terimi kullanılmıştır (Gülseren, Çam, Karakoç, Yiğit ve ark. 2010).

Yük kavramı, "bakım verenin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır" şeklinde açıklanmaktadır (Özer 2010). Bakım verme yükü; yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi olarak tanımlanabilir (Mollaoğlu 2011). Ailede bakım sunmanın kronik ve yoğun yapısı bakım verenlerin kendi yaşamlarındaki durumlarla birleşince bakım veren yüküne neden olabilir. Bakım veren kişiler bakımı yönetmekte başarısız olabilmekte, çaresizlik, suçluluk, öfke, korku gibi duygular ve sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve ark. 2011).

Bakım veren aile üyeleri yaşamlarındaki değişikliklere ve stresli durumlara adapte olmak, bunlarla baş etmek için gerekli becerilerin yoksunluğunu ve yaşamlarında kontrolün kaybolduğunu hissetmek, bunun yanı sıra üretkenlikte güçlük yaşamak gibi nedenlerden dolayı yük algılamaktadır (Saunders 2003; Özer 2010). Hastanın bakım gereksinimleri, maddi güçlükler, cinsel fonksiyonda değişiklik, çocukların artmış fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin sonucu olarak bakım verenlerin evliliklerinde gerginlik ve çatışma yaşanabilmektedir (Luttik ve ark. 2007; Özer 2010).

Özellikle ileri evrede hastası olan bakım veren; hastasının gereksinimlerini karşılamak için işini bırakabilir ya da çalışma süresini azaltabilir, sosyal aktivitelere zaman ayıramayabilir, ev işlerini eskisi gibi yerine getiremeyebilir, çocuklarına/diğer aile bireyelerine

zaman ayıramayabilir, hatta kendi öz-bakım aktivitelerini bile yerine getiremeyebilir (Williams, Williams, Zimmerman, Munn ve ark. 2008; Özer 2010). Tüm bu nedenler bakım verenlerin yaşamını fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi olarak etkilemektedir (Aldred ve ark. 2005; Molloy 2005; Bakas ve ark. 2006; Luttik ve ark. 2008). Uzun süreli bakım verme biyopsikososyal sağlık, sosyo-ekonomik durumu etkileyen bir süreç olması nedeniyle bakım verenin yaşadığı yükü arttırabilir; depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel-psikolojik sağlıkta bozulmaya neden olabilir. Larsen ve arkadaşlarının (1998) kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin % 60.6'sı bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, %78.8'i kendilerini yorgun hissettiklerini, % 84.9'u hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56.9'u ise ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmiştir.

2.2.1. Kalp Yetersizliği Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü

Kalp yetersizliği olan hastaların bakımında aile üyelerinin önemli rolü vardır. Aile üyelerinin bakım ve desteğı hasta sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlasa da aile üyesi için bakım verme, bakım verenin yaşamını etkiler. Kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenler genellikle kendi yaşam kalitesinden ödün vermekte ve bakım verenlerde hazımsızlık, iştahda değışim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı, kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, kas ağrısı, konsantrasyon güçlüğü gibi fiziksel güçlükler, huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artışla kendini gösteren emosyonel belirtiler görülebilmektedir (Hooley, Butler ve Howlett 2005; Zaybak, Güneş, İsmailoğlu ve Ülker 2012).

Hooley ve arkadaşlarının (2005) kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerde yaşam kalitesi, depresyon ile bakım veren yükü arasındaki ilişkiyi incelediğı çalışmada bakım veren yükünün bakım veren depresyonu ile ilişkili olduğı, bakım verenlerin yaşam kalitesinin düşük olduğı bulunmuştur. Duygusal ve fiziksel yükün bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına, daha fazla doktora gitmelerine ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olduğunu belirtmişlerdir (Hooley ve ark. 2005). Hwang ve arkadaşlarının (2010) kalp yetersizliği hastasına bakım verenler üzerinde yaptığı çalışmada bakım verenlere sosyal destek sağlamak adına girişimlerin arttırılması gerektiğı belirtilmiştir. Boyd ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada bakım verenlerin profesyonel destek almadıkları ve tanı süresince desteğı ihtiyaç duydukları ve psikososyal etkilenme

nedeniyle problem yaşadıkları bulunmuştur. Schulz ve Beach (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, dört yıllık süre içerisinde bakım verenlerin mortalite oranlarının bakım vermeyenlere göre %63 daha fazla olduğu, sağlıklarını daha kötü algıladıkları, kaygı yaşadıkları ve depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Löfvenmark ve arkadaşlarının (2010) kalp yetersizliği olan bireyin aile üyeleriyle yaptığı çalışmada altı aylık multi profesyonel eğitim programı dahilinde her ay bir konu olmak üzere yaklaşık iki saat süren eğitimler ve paylaşımlar sonucunda gruba dayalı multi profesyonel eğitim programının bakım verenlerin bilgi düzeyini arttırdığı bulunmuştur. Dunbar ve arkadaşlarının (2005) kalp yetersizliği olan hastaların bakım verenlerine yapılan eğitim ve destek girişim çalışmasına göre diyetteki sodyum kısıtlaması, alternatif ürünler, kalori hesaplama gibi konularda ve hasta ile doğru iletişim teknikleri kullanma, empati yapma, sosyal destek sağlama gibi konularda eğitim verilmiştir. Çalışma sonucuna göre eğitim girişimleri sonrasında bakım verenlerin bilgi düzeylerinin arttığı, iletişimde algılanan krizlerin daha kolay çözüldüğü, aile eğitim programlarının hastanın öz bakım aktivitelerine katılımı konusunda yararlı olduğu bulunmuştur. Duhamel ve arkadaşlarının (2007) kalp yetersizliği hastasına bakım verenler üzerine yaptığı kalitatif çalışmada aileye uygulanan hemşirelik girişimlerinin eşlerin bu süreçten etkilenme düzeylerini hafiflettikleri, daha rahat iletişim kurabildikleri, bakım verenlerin hissettikleri güçsüzlük duygularının azaldığı, bilgi ve destek sayesinde bu süreçten etkilenme düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Aile desteğinin sağlanması ve bilgi düzeyinin artırılması hem aile üyelerinin sağlığını hem de aile dinamiklerini etkilemektedir. Aileye yapılan girişimlerin anksiyete ve depresyonu azalttığı, çiftlerin birbirleri daha iyi anladıkları, hastalık sürecinin bilinmesinin bakım verenlere daha fazla güven verdiği, hastalık ve süreci hakkında daha az endişelendikleri ve hastaya daha fazla destek vermek istedikleri belirtilmiştir.

Bakım verenlerin kalp yetersizliği hastalarına verdikleri motivasyonel desteğin yaşam kalitesi unsurlarını (egzersiz, günlük yaşam aktiviteleri, diyet uyumu) arttırdığı belirtilmektedir (Archana ve Gray 2002; Strömberg ve ark. 2003; Sayers ve ark. 2008; Miche ve ark. 2009). Löfvenmark ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2009) yüksek sosyal desteği olan kalp yetersizliği hastalarının yaşam umutlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Literatürde bakım verenlere yönelik yapılan girişim çalışmaları sonucunda bakım verenlerin bilgi düzeyinin arttığı, depresyon düzeyinin ve algıladıkları bakım veren yükünün azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı ve bunun sonucunda ise hastanın yaşam kalitesinin arttığı ve

hastaneye tekrarlı yatışlarının ve mortalitenin azaldığı bulunmuştur (Dunbar ve ark. 2005; Molloy ve ark. 2006; Duhamel ve ark. 2007; Löfvenmark ve ark. 2010).

Bu nedenle KY gibi uzun süreli kronik hastalığı olan hastaların bakım programlarının etkin olabilmesi için; bakımı sağlayan ailelerin algıladıkları yük üzerinde durulmalı ve bilgi, bakım, destek, empati, motivasyon, iletişim gibi gereksinimleri karşılanmalıdır. Yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin kalp yetersizliği ve öz-bakım hakkındaki bilgisi arttığında, hastaların yaşam biçimi değişikliklerine, karar vermelerine, öz-bakımlarına, ilaç tedavisine uyumlarına ve sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim kurmalarına destek oldukları belirtilmiştir. Aynı zamanda bakım verenlerin kendilerine daha fazla güvendiği, endişelerinin azaldığı ve bakımından sorumlu olduğu kişilere daha fazla destek verdikleri bulunmuştur (Saunders 2003; Dunbar ve ark. 2005; Bakas ve ark. 2006; Luttik ve ark. 2007; Duhamel ve ark. 2007; Dunbar ve ark. 2008; Pressler ve ark. 2009; Löfvenmark ve ark. 2010).

Kalp yetersizliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve bakım yüklerinin azaltılmasında hemşirelik bakımının çok önemli bir yeri vardır. Bu kapsamda kalp yetersizliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı, bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Hemşire, hastanın kişisel kontrolüne yardım etme, hastayı ve bakım verenlerini bilgilendirme konularında liderlik yapmalı, bireyin kendi bakımına katılımını sağlamalı, yaşam kalitesini yükseltecek, hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulamalı, bireyleri düzenli olarak takip etmelidir (Uslu 2011). Hemşire aile üyelerinde tükenmişlik, depresyon, geri çekilme, öfke, yorgunluk, irrasyonel düşünce, irritabilite gözleğinde gerekli girişimlerde bulunmalıdır.

Hemşireler eğitim ya da destek grup toplantıları ile bakım verenlerin bilgi gereksinimlerini karşılayabilir ve bakım verenlerin stresörlerinin anlaşılmasını ve azaltılmasını sağlayarak problem çözme becerilerini geliştirebilir. Destek grupların temel amacı bilgilendirme, duyguların ifade edilmesi ve psikososyal destek sağlamaktır (Yalom 1992). Dünyanın birçok ülkesinde kalp yetersizliği hastaları ve bakım verenleri için internet üzerinden (online) veya bazı hastaneler işbirliğinde sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen destek gruplar bulunmaktadır. Yurtdışında bakım verenlere yönelik yapılan destek grup toplantıları gibi destekleyici uygulamaların olduğu, ülkemizde ise kalp yetersizliği hastalarının bakım verenlerine yapılan destekleyici girişim çalışmalarının olmadığı

bilinmektedir. Destek gruplar sayesinde bakım verenlerin yükünün azaltılabileceği düşünülmektedir. Bakım veren yükünün kalp yetersizliği bakımında belirgin sonuçları vardır fakat bu konu yeterince araştırılmamış ve kliniğe yansıtılmamıştır. Hemşireler hasta ve bakım veren sonuçlarını geliştirmede çok önemli role sahiptirler. Bakım veren yükünü azaltmak için öncelikle yapılması gereken deneyimlenen yükü belirlemektir. Kalp yetersizliği gibi bakım gereksiniminin arttığı sağlık sorunlarında, hemşirelerin bakım verme rolünü üstlenen bireyleri bütüncül olarak ele alması ve bakım yükünü değerlendirmesi, hem bakım verenlerin hem de hastaların sağlığını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Neuman Sistemler Modeli

Neuman Sistemler Modeli'nin (NSM) temeli bireyin strese olan tepkisi ve hemşirenin bu stres tepkisine birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleriyle müdahale etmesidir. Neuman Sistemler Modeli hemşirelik için sistem temelli ve kapsamlı bir kavramsal çerçeve sunar. İnsana çok boyutlu ve sistem perspektifinden bakar (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005).

Neuman Sistemler Modeli her bireyi biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenler arasındaki ilişkinin bileşkesi, çevre ile sürekli etkileşim halinde olan açık bir sistem olarak görür. İnsan bir sistem olarak temel yapıyı koruyan birbirini izleyen hatlardan oluşur. Her bir savunma hattı kendinden sonra geleni koruyarak temel yapının zarar görmesini önlemeye çalışır. Bunlar esnek savunma hatları, normal savunma hatları ve direnç hatlarıdır. Esnek savunma hattı dıştaki kırık çizgidir, normal savunma hattını çevreler, işlevsel açıdan akordiyon gibidir ve dinamiktir, kısa süre içinde hızla değişebilir. Normal savunma hattı bireyin genel iyilik halidir ve esnek savunma hattı kırıldığında aktive olur. Direnç hatları ise bireyin temel yapısını koruyan hatlardır ve normal savunma hattı kırıldığında harekete geçer. Bu hatların her biri fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenleri içerir. Birey bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyele göre stresöre yanıt verir. Stresörler insanın tolere edemeyeceği ya da uyum sağlayamayacağı kadar büyük olursa, stresöre yanıt verilemez, sistem görevini yapamaz bunun sonucunda bireyin sağlığı bozulur. Böylece stresör sistemin dengesini bozar (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005). Bu durumda geri bildirim mekanizması ile bireyi etkileyen stresör bulunur ve bu stresörden korunma ya da uyum sağlama davranışı geliştirilir (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005).

2.3.1. Stresörler

Neuman Sistemler Modeli stresörleri; sistem dengesinin bozulmasına neden olabilecek gerilim yaratan potansiyel uyarılar olarak tanımlamıştır. Her birey yaşamı süresince sistem için tehdit yaratacak çeşitli stresörlere maruz kalır. Savunma hatları stresörlerin temel yapıya ulaşmasını önlemek için tepki verir. Neuman Sistemler Modeli terminolojisinde stresörler kişi içi, kişiler arası ve kişi dışı stresörler olmak üzere sınıflandırılmıştır.

(1) Kişi içi (*intrapersonal*) stresörler; Duruma bağlı tepkiler gibi bireyin kendi içinde oluşan stresörlerdir. Bunlar hastalık, enfeksiyon ya da travmatik durumlara verilen üzüntü gibi duygusal tepkiler olabilir.

(2) Kişilerarası (*interpersonal*) stresörler; Rol beklentileri gibi, birden fazla birey arasında ortaya çıkan stresörlerdir. Aile içinde çatışma veya rol değişikliği gibi olaylar bu kategoriye dahil edilebilir.

(3) Kişi dışı (*extrapersonal*) stresörler; Mali koşullar gibi kişinin dışında oluşan kişi dışı stresörlerdir. Fakirlik, eğitim sistemleri ya da kültürel değişiklik durumları kişi dışı stresörler olarak adlandırılır (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005).

Bir stresöre yanıt, savunma düzeneklerinin ne kadar etkili olduğuna göre değişir ve kişiden kişiye farklılık gösterir. Stresörlere yanıtlar kişi içi, kişi dışı ya da kişilerarası düzeylerde ortaya çıkabilir. Örneğin; bir aile kavgası sonucu; bireyin işe konsantre olma güçlüğünden dolayı maddi kazancın kaybedilmesi kişi dışı değişikliklere, ailede iletişimin yetersiz olması kişilerarası değişikliklere, bu durum nedeniyle bireyin yaşadığı uykusuzluk kişi içi değişikliklere neden olabilir (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005).

2.3.2. Esnek Savunma Hattı

Neuman Sistemler Modeli esnek savunma hattını hızla değişen ve stresörlere tampon olan durumsal değişken olarak tanımlamıştır. En dıştaki halka olan esnek savunma hattının stresörler karşısında bireyin stabil durumunu koruma ve sürdürme gibi görevleri vardır. Bu hattı etkin tutan birincil koruma anlamında bireyden ve sağlık sisteminden gelen özellikler vardır. Bireyden gelen özellikler bireyin yeme, uyku, istirahat, egzersiz gibi alışkanlıklarıdır. Sağlık sisteminden gelen özellikler sağlığı koruma hizmetleri ve sağlık eğitimidir. Neuman Sistemler Modeli'ne göre birincil koruma düzeyi iyilik halinin en yüksek düzeyde tutulması

anlamı taşımaktadır. Sistemin iyilik düzeyini korumak için savunmanın esnek hattı güçlendirilmelidir. Birincil koruma, bireye eğitim verilmesini ve bireyin potansiyel ve mevcut stresörlerden korunmasını amaçlamıştır. Bu aşamada henüz reaksiyon oluşmamıştır, ancak riskin varlığı bilinir. Hemşirenin hedefi risk faktörlerini azaltarak bireyin sağlığını korumaktır. Eğer esnek savunma hattı güçlü değilse ya da stresörler çok güçlü ise normal savunma hattına giriş meydana gelir (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005).

2.3.3. Normal Savunma Hattı

Normal savunma hattı direnç halkalarını koruyan düz çizgi şeklinde gösterilen sınırdır (Şekil 1). Normal savunma hattı kişinin sağlıklı olma durumunu yani dinamik denge durumunun sürekliliğini ifade eder. Bireyin zaman içinde stresle baş etmesi, sağlıklı olma durumunu koruması ya da kendine göre normal olan sürede stresörlere uyum göstermesidir. Uzun süre stresörlere maruz kalan birey stres yaşamakta ve stres belirtileri göstermektedir. Yaşanan stresli olayların sıklığı ve yoğunluğu bireyin içinde bulunduğu ortamın koşulları ve bireyin kişilik özelliği normal savunma hattındaki tepkilerini belirler. Geçmişte benzer stresörlere karşı yaşanan başarılı deneyimler bireyi bugün karşılaştığı stresörlere hazırlama niteliğindedir (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005).

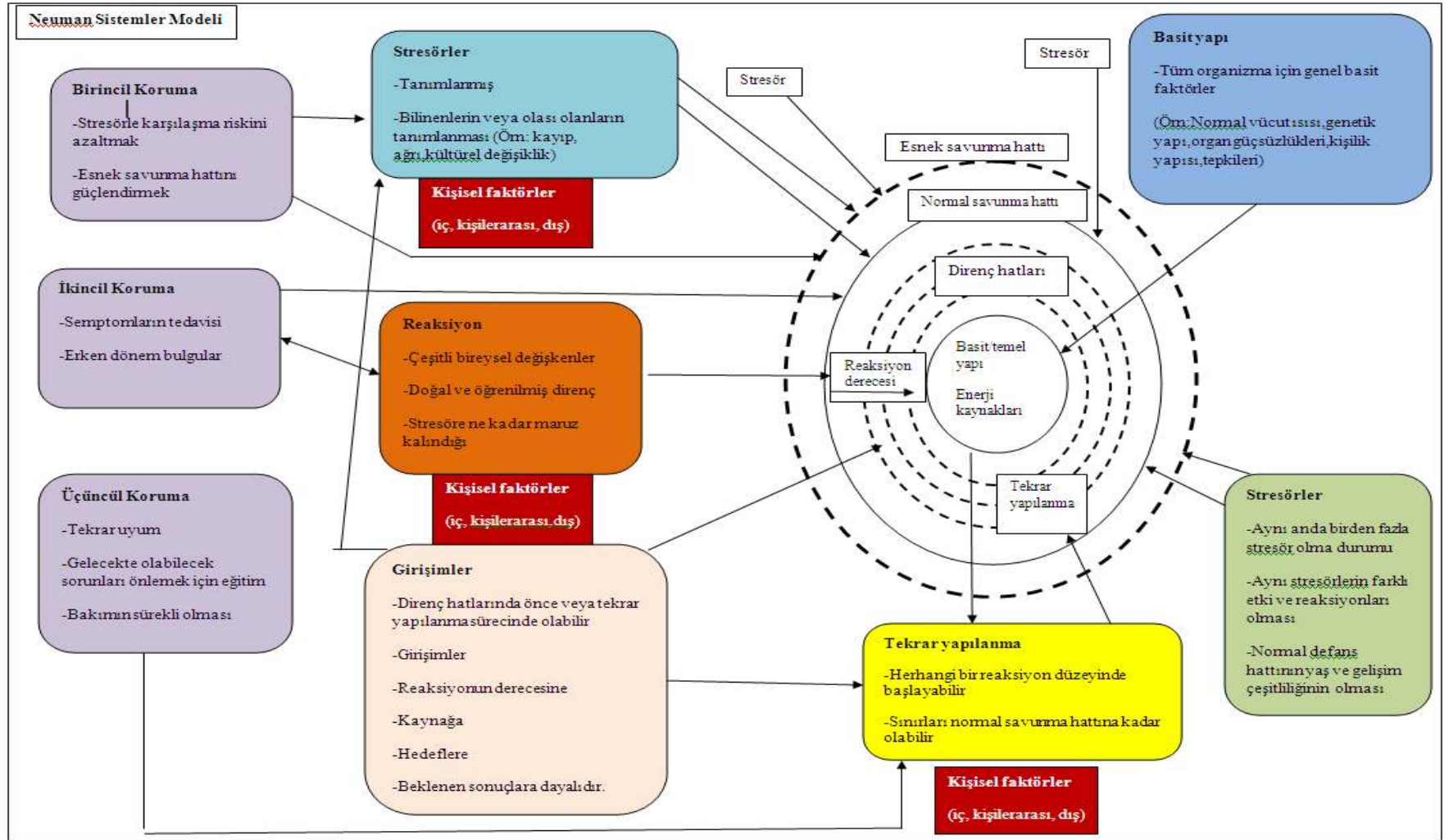
2.3.4. Direnç Hatları

Normal savunma hattına giriş olduğunda direnç hatları aktive olur, direnç hatlarının bu fonksiyonu tepkiyi önlemeye yöneliktir (Neuman ve Fawcett 2002). Direnç hattı temel yapıyı ard arda çevreleyen bir dizi kırık çizgi ile gösterilmektedir (Şekil 1). Bu hattı etkin tutan ikincil koruma anlamında birey ve sağlık sisteminden gelen özellikler vardır. Bireyden gelen özellikler bireyin normalde kullandığı stresörler ile baş etme yöntemleri ve yaşam biçimidir. Sağlık sisteminden gelen özellikler direnç hattını güçlendiren ikincil koruma anlamında yapılan sağlık eğitimini içermektedir. İkincil koruma semptomlar ortaya çıktıktan sonra başlanan tedavi ya da müdahaleleri içerir. İkincil koruma bireyin durumunun izlenmesi, komplikasyonların önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması, stresörlere karşı oluşan reaksiyonların sonucu olarak ortaya çıkan semptomların tedavisini içerir. Bu semptomlar farmakolojik, cerrahi girişimler, diyet ve egzersiz gibi yaşam şekli değişiklikleri ile tedavi edilebilir. Hemşire, hastayı sağlığına kavuşturmak için semptomların tedavisine yönelik

bakım verme, diyet, ilaç ve egzersiz uyumunu izleme gibi girişimlerde bulunur. İkincil korumanın amacı direnç hatlarını güçlendirerek temel yanıtı önlemektir (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005; Baret, Wilson ve Wollands 2014).

2.3.5. Temel Yanıt

Temel yanıt biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve manevi değişkenlerin bir bileşeni olarak işlev görür. Bunlar, genetik tepkiler, bireyin sahip olduğu bilişsel süreçler ve organlarının güç ve güçsüzlüğünü içerir (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005). Grafik olarak modelin en içteki halkasıdır. Tepki ortaya çıktıktan sonra yapılan girişimler üçüncül koruma olarak adlandırılmaktadır. Üçüncül koruma hastanın rehabilitasyonu aşamasında gerekli desteğin sağlanmasıdır. Hastanın sağlığı/iyiliğe yaklaştığı ve primer korumanın tekrar devreye girdiği aşamadır (Fawcett 2005). Stres reaksiyonlarının tedavisi ile devam eder, daha düşük ya da daha yüksek düzeyde iyilikle sonuçlanır. Üçüncül koruma tekrar adaptasyona, yeniden yapılanmaya odaklanır. Amacı; tepki ya da bozukluğun tekrar ortaya çıkmasını önlemek için eğitim yaparak stresörlere karşı bireyin direncini yükseltmektir (Neuman ve Fawcett 2002; Fawcett 2005).



Şekil 1. Neuman Sistemler Modeli

2.4. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Neuman Sistemler Modeli'nin Kullanımı

Hemşirelik model ve kuramları, hemşirelik bilgisi ve uygulamalarını sistematize ederek, hemşirelere bakım süreçlerinde rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim sağlar (Fawcett 2005; Alligood ve Tomey 2006). Ayrıca hemşirelik bakımında yararlanılan teori temelli uygulamalar bütüncül yaklaşım geliştirmeyi sağlayarak sürekli bakım sürecinde yol gösterici olabilmektedir.

Hemşirelerden bakım hizmeti bekleyen önemli gruplardan birisi de bakım verenlerdir. Hemşirelik bakım hizmeti, bakım verenlerin yaşadıkları tüm boyutlara (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) yönelik koruma ve sağlığı sürdürme için gerekli girişimlerin planlama, uygulama ve değerlendirmesini içermektedir. Bu noktada NSM insana çok boyutlu bir sistem anlayışı ile baktığı için sistem temelli ve kapsamlı bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Modelin odak noktası, bireyi fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi olmak üzere beş boyutun bir bileşimi ve bütünü olarak değerlendirmesidir. Kalp yetersizliği hastalarının bakım verenlerinde NSM'ne göre destek grup girişimlerinin kullanılması, hemşirelik açısından önemli olan bu modelin kardiyoloji hemşireliğine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma bakım verenlerin yaşadıkları stresörlerinin saptanmasında ve müdahale edilmesinde hemşireler için yol gösterici olacak ve bakımlarını çok yönlü bir boyuta taşıyarak hümanistik ve bütüncül bir yaklaşım getirecektir. Bu nedenle araştırmanın kavramsal çerçevesini Betty Neuman tarafından geliştirilen NSM oluşturmuş ve araştırmanın değişkenleri NSM'nin kavramları ile ilişkilendirilmiştir.

Neuman Sistemler Modeli temelde stres ve strese verilen yanıt olmak üzere iki komponente dayanmaktadır. Kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerin yaşadığı stresin destek grup toplantılarında paylaşılması bakım verenlerin hastalıkla ve hastayla baş etme yeteneklerini güçlendirebilir, uyum sağlamalarını kolaylaştırabilir bu sayede bakım veren yükü ve yaşadıkları depresif semptomlar azaltılabilir. Bakım verenin kendini iyi hissetmesi ve hastaya vereceği desteğin artmasının sonucu olarakta hastanın yaşam kalitesi artabilir ve hastanın hastaneye tekrarlı yatma durumu azalabilir.

Bu çalışmada stresör bakım verme sorumluluğu olarak belirlenmiştir. Kalp yetersizliği hastasına bakım verenin yaşadığı bireysel zorlukların bakım verene biyopsikososyal yönden olumsuz etkileri olabilmektedir bu durum bakım verenin yaşadığı kişi içi stresörler olarak

değerlendirilebilir. Bakım verenin bu süreçteki destek sistemleri, bakımın bireyi ne kadar etkilediği, bakım verenin sorumlulukları ve değişen rolleri, bakım verme sürecinde yaşanan aile çatışmaları kişiler arası stresörlere örnek olarak verilebilir. Kalp yetersizliği hastaların ağırlaşan semptomları, sık hastaneye yatış gereksinimleri nedeniyle ekonomik yönden ağır bir yük getirdiği bilinmektedir. Bu süreçte bakım verenin hastaya sağladığı tedavi ve hastane yatış giderleri, araç-gereç gereksinimi gibi maddi açıdan yaşadığı zorluklar bakım verenin kişi dışı stresörleri olarak değerlendirilebilir.

Bakım verenlerin bu süreçte karşılaştığı stresörler nedeniyle esnek savunma hattı daha kırılgan olabilir ve yaşadıkları stresin güçlü olması durumunda esnek savunma hattı kırılır ve normal savunma hattı aktive olur. Bakım verenlerin bakım verme sürecinde stresörlere karşı geliştirdikleri baş etme yöntemleri, bireysel farklılıklar nedeniyle farklı tepkileri, bakım verme sürecinin ve algılanan yükün farklı olmasına neden olabilir. Direnç hatları bu stresörü uzaklaştırabilirse bireyin yük algısının azalabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada bakım verenleri bakım verme stresine karşı desteklemek ve tepki düzeyini azaltmak amacıyla destek grup girişimi planlanmıştır.

Çalışmamızın hedefi Neuman Sistemler Modeline göre, ikincil korumaya yönelik girişimlerin uygulanması (direnç hattına yönelik) olduğu için bakım verme stresini yoğun yaşayan (Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin en az bir alt boyutundan 1.5 ve üzerinde puan alan) bakım verenler çalışmaya alınmıştır. Bu sayede grup içinde paylaşılan deneyimler ve yapılan eğitimler ile bakım verenlerin bu süreçte yaşadığı bilgi eksiklikleri giderilebilir, problem çözme yöntemleri ve problemlere yönelik baş etme stratejileri geliştirilebilir. Yapılan girişimlerle bakım verenin direnç hatları güçlendirilebilir ve temel yanıt olarak bakım veren yükü azaltılabilir. Yapılan bu girişimler NSM'in ikincil korumasına örnek olarak verilebilir. İkincil korumanın amacı direnç hatlarını güçlendirerek temel yanıtı önlemektir.

Araştırmanın **Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç** bölümleri iki aşamalı olarak verilmiştir.

Birinci Aşamada: Kalp yetersizliği hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları bakım veren yükünün belirlenmesinde kullanılan Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin geçerlik ve güvenirliği incelenmiştir.

İkinci Aşamada: Kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin hasta ve bakım veren sonuçlarına etkisi incelenmiştir.

I. AŞAMA: METODOLOJİK ÇALIŞMA

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenirliği'nin İncelenmesi

3.1. GEREC ve YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacı ile metodolojik araştırma türüne uygun olarak yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Kardiyoloji servis ve polikliniğinde Mart 2012 - Mart 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Kardiyoloji servis ve polikliniğinde kalp yetersizliği hastalarına primer bakım verenler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü belirlenirken geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında toplam madde sayısının beş-on katı olması önerilmektedir (Akgül 2005). Bu çalışmada, ölçeğin madde sayısı esas alınarak en az 190 bakım verene ulaşılması hedeflenmiş ve 230 bakım veren araştırmaya alınmıştır. Ayrıca, test-tekrar test uygulaması için aynı örneklem grubundaki 30 hastaya 10 gün ara ile ikinci uygulama yapılmıştır (Gözüm ve Aksayan 2003; Polit ve Beck 2008). Örneklem alınma kriterleri; bakımdan primer sorumlu olması, 18 yaşından büyük olması, iletişim kurma güçlüğü olmaması, türkçe konuşabilmesi ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesidir. Örneklemden dışlanma kriterleri ise bakım verenin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alması ve bakımı belli bir ücret karşılığında yapması olarak belirlenmiştir.

3.1.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama formları kullanılmıştır.

3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri

Metodolojik bir çalışma olduğu için bağımlı bağımsız değişken bulunmamaktadır.

3.1.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, ‘Hastalara ve Bakım verenlere Yönelik Sosyodemografik Özellikler Formu’ ve ‘Hollanda Objektif Yük Envanteri’ kullanılarak toplanmıştır.

Hastaya yönelik;

Sosyo-demografik Özellikler Formu (Ek 2)

Bu form hastaların sosyo-demografik özelliklerinden “*yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, çocuk durumu, evde kiminle yaşadığı, kalp yetersizliği dışında kronik hastalığı olma durumu, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon (LVEF) değeri ve tanı alma zamanı*” olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Bakım verene yönelik;

Sosyo-demografik Özellikler Formu (Ek 2)

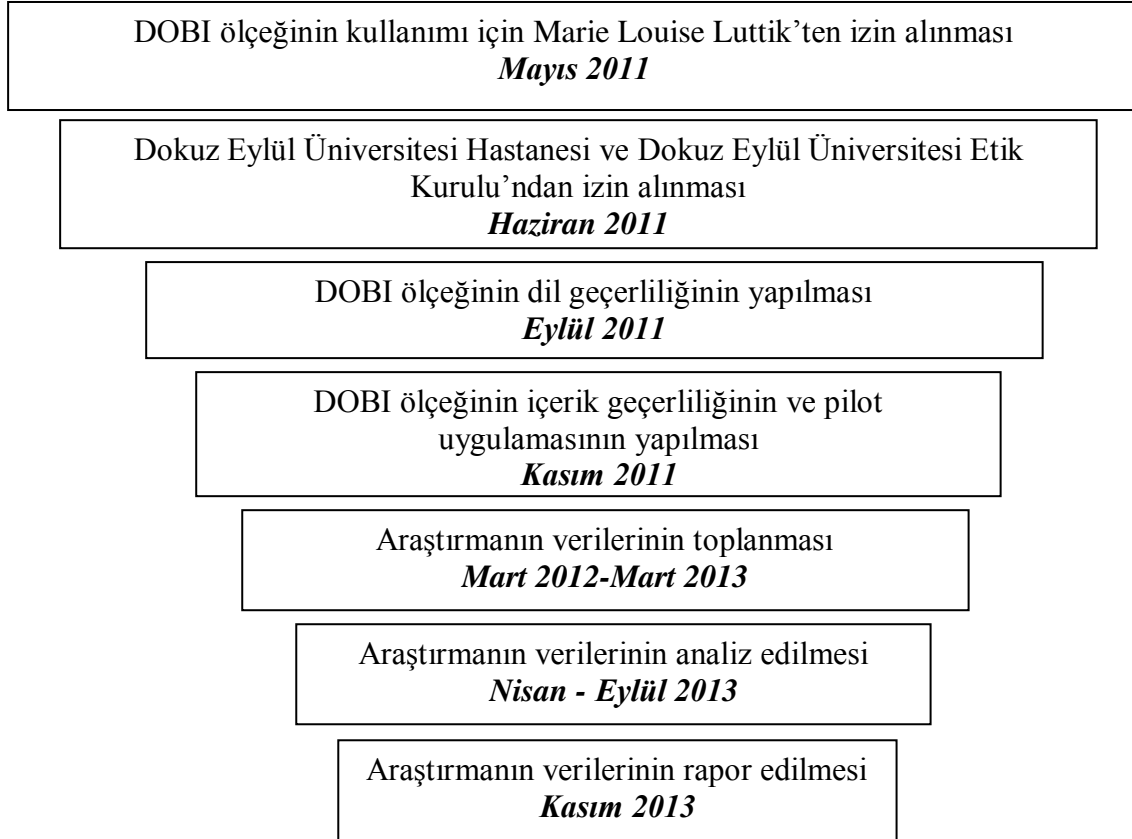
Bu form bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinden “*yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, çocuk durumu, hasta ile yakınlık durumu, hasta ile yaşama durumu, kronik hastalığı olma durumu ve bakım verme süresi*” olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Hollanda Objektif Yük Envanteri (Ek 3)

Araştırmada Hollanda Objektif Yük Envanteri’nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla Luttik ve arkadaşlarının (2008) kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerin objektif ve subjektif yüklerini değerlendirmek için geliştirdiği Dutch Objective Burden Inventory (Ek 4) kullanılmıştır.

Ölçek, 38 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; kişisel bakım desteği (11 madde, 1.-11.), uygulanabilir destek (11 madde, 12.-22.), motivasyonel destek (10 madde, 23.-32.) ve duygusal destek (6 madde, 33.-38.) alt boyutlarıdır. Ölçeğin objektif bölümünde bakım verenlerin hastaya verdikleri destek bakım verenin objektif yükü, subjektif bölümünde ise bu desteği verirken algıladıkları yük bakım verenin subjektif yükü olarak değerlendirilmektedir. Üçlü likert tipinden oluşan ölçek objektif bölüm için asla (1), bazen (2) ve daima (3) yanıtlarını, subjektif bölüm için yük getirmemiştir (1), biraz yük getirmiştir (2) ve çok yük getirmiştir (3) yanıtlarını içermektedir. Ölçekte her alt boyuttan 1-3 arasında puan alınabilmektedir ve her alt boyuttan alınan puanlar toplanıp o alt boyuttaki madde sayısına bölünerek alt boyut toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekte her alt boyuttan alınan puan arttıkça bakım yükü artmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ve kesme noktası (cut off değeri) bulunmamaktadır.

3.1.7. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 2. Araştırma Planı ve Takvimi

3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın tanımlayıcı istatistik analizleri ve geçerlik güvenirlik analizinde SPSS 15.0 (SPSS Inc. Chicago IL). programı kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşleri Kendall W analizi ile değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi LISREL programı kullanılarak yapılmıştır (Lobiondo-Wood ve Haber 2002; Şimşek 2007; Harrington 2009). Güvenirlik analizinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile madde madde puan korelasyonu ve Cronbach alfa analizi kullanılmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliği bağımlı gruplarda t testi ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir (Gözüm ve Aksayan 2002; Karasar 2000). Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak incelenmiştir.

3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin subjektif bölümünün analiz sonuçları önceki çalışmalarda yayınlanmadığı için çalışma sonuçlarımız ile karşılaştırma yapılamamıştır.

3.1.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmada Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan (246-GOA2011/22-19-30.06.2011) (Ek 12), araştırmanın yapılacağı Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden (334/25.05.2011) (Ek 11), veri toplamak amacıyla kullanılması planlanan ölçekleri geliştiren araştırmacıdan ve örnekleme alınacak bakım verenlere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylerden izin alınmıştır.

4.1.BULGULAR

4.1.1. Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 70.11 ± 11.20 'dir. Hastaların %50.9'u erkek ve %67.4'ü evlidir. Hastaların %66.5'i ilköğretim mezunu ve %53'ü emeklidir. Tüm hastaların sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların %85.7'sinin gelir durumu giderden az olup, %97.4'ünün çocuğu bulunmakta ve %36.5 eşi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %91.3'ünün başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastaların Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyon (LVEF) değeri ortalaması 34.10 ± 12.67 'dir. Hastaların ortalama kalp yetersizliği süresi 6.56 ± 5.71 yıldır (Tablo 5).

Bakım verenlerin yaş ortalaması 53.71 ± 12.49 olup, %78.3'ü kadın ve %83,9'u evlidir. Bakım verenlerin %52.6'sı ilköğretim mezunu olup %60.4'ü çalışmamaktadır. Bakım verenlerin %99.1'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bakım verenlerin %82.2'sinin gelir durumu giderden az olup, %85.7'sinin çocuğu bulunmaktadır. Bakım verenlerin %47'si hastanın eşidir. Bakım verenlerin %87.8'i hasta ile birlikte yaşamaktadır. Bakım verenlerin %45.7'sinin başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Bakım verenlerin ortalama bakım verme süresi 5.83 ± 4.83 yıldır. (Tablo 5).

Bakım verenlerin objektif bölüm kişisel bakım destek boyutu puan ortalaması 1.73 ± 0.73 , uygulanabilir destek boyutu puan ortalaması 2.59 ± 0.67 , motivasyonel destek boyutu puan ortalaması 2.58 ± 0.53 ve emosyonel destek boyutu puan ortalaması 2.76 ± 0.41 olarak bulunmuştur (Tablo 6). Bakım verenlerin subjektif bölüm kişisel bakım boyutu puan ortalaması 1.65 ± 0.72 , uygulanabilir boyutu puan ortalaması 1.64 ± 0.78 , motivasyonel boyutu puan ortalaması 2.07 ± 0.62 ve emosyonel boyutu puan ortalaması 2.09 ± 0.64 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 5. Hasta ve Bakım verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=230)

	Hasta		Bakım veren	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	70.11±11.20		53.71 ± 12.49	
Özellikler	n	%	n	%
<u>Cinsiyet</u>				
Kadın	113	49.1	180	78.3
Erkek	117	50.9	50	21.7
<u>Medeni durumu</u>				
Evli	155	67.4	193	83.9
Bekar	75	32.6	37	16.1
<u>Eğitim Durumu</u>				
Okuryazar değil	32	13.9	21	9.1
İlköğretim	153	66.5	121	52.6
Lise ve üzeri	45	19.6	88	38.3
<u>Çalışma Durumu</u>				
Çalışıyor	9	3.9	25	10.8
Emekli	122	53.0	66	28.7
Çalışmıyor	99	43.0	139	60.4
<u>Sosyal güvence</u>				
Var	100	100	228	99.1
Yok	0	0	2	.9
<u>Gelir durumu</u>				
Gelir giderden fazla	2	0.9	3	1.3
Gelir giderden az	197	85.7	189	82.2
Gelir gidere eşit	31	13.5	38	16.5
<u>Çocuk</u>				
Var	224	97.4	197	85.7
Yok	6	2.6	33	14.3
<u>Evde kiminle yaşadığı*</u>				
Yalnız	11	4.8		
Eşi ile birlikte	84	36.5	-----	
Eşi ve çocukları ile	68	29.6		
Diğer	67	29.1		
<u>Hasta ile yakınlık durumu**</u>				
Eşi			108	47.0
Yetişkin çocuğu	-----		95	41.3
Akraba, arkadaş ve diğerleri			27	11.7
<u>Hasta ile birlikte yaşama durumu**</u>				
Evet	-----		202	87.8
Hayır			28	12.2
<u>Kronik hastalık</u>				
Var	210	91.3	105	45.7
Yok	20	8.7	125	54.3

	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Bakım Süresi (yıl)**	-----	5.83 $\pm$ 4.83
LVEF Değeri *	34.10 $\pm$ 12.67	-----
KY Süresi (yıl)*	6.56 $\pm$ 5.71	-----
Toplam	230 100.0	230 100.0

*Sadece hastalara sorulmuştur.

** Sadece bakım verenlere sorulmuştur.

Tablo 6. Bakım Verenlerin Hollanda Objektif Yük Envanteri Puan Ortalaması (n=230)

Ölçeğin Alt Boyutları	Min-Max	M $\pm$ SD
Kişisel bakım desteği (1-11.madde)		
Objektif bölüm	1-3	1.73 $\pm$ 0.73
Subjektif bölüm	1-3	1.65 $\pm$ 0.72
Uygulanabilir destek (12-14.madde)		
Objektif bölüm	1-3	2.59 $\pm$ 0.67
Subjektif bölüm	1-3	1.64 $\pm$ 0.78
Motivasyonel destek (23-32. madde)		
Objektif bölüm	1-3	2.58 $\pm$ 0.53
Subjektif bölüm	1-3	2.07 $\pm$ 0.62
Emosyonel destek (33-38.madde)		
Objektif bölüm	1-3	2.76 $\pm$ 0.41
Subjektif bölüm	1-3	2.09 $\pm$ 0.64

4.1.2. Geçerlik Analizleri

4.1.2.1. Dil-İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin dil geçerliliği için her iki dil ve kültürü iyi bilen dördü akademisyen toplam altı uzman çevirmen tarafından İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin orijinal İngilizce halini görmeyen farklı iki çevirmen tarafından geri çevirisi yapılmıştır. Geri çevirisi yapılan ölçeğin maddeleri incelenmiş ve anlam olarak özgün ölçeğe benzer olduğuna karar verilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun hazırlanmasında ifadelerin Türkçe dil yapısına uygun olmasına ve kültürel olarak aynı anlamı taşımasına özen gösterilmiştir.

İçerik geçerliliğinde uzman görüşlerinin birbiriyle uyumlu ve görüş birliği içinde olduğu saptanmıştır ($W=0.135$, $p=0.338$). Bu sonuç ölçek maddelerinin uygulanabilir, anlaşılır, ölçme amacına uygun ve ölçülmek istenen alanı temsil ettiğini göstermiştir. Sonuç olarak uzman görüşleri ve ön uygulama sonucunda gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiş, dil ve içerik geçerliği ölçütü sağlanarak psikometrik incelemelere geçilmiştir.

4.1.2.2. Yapı Geçerliği

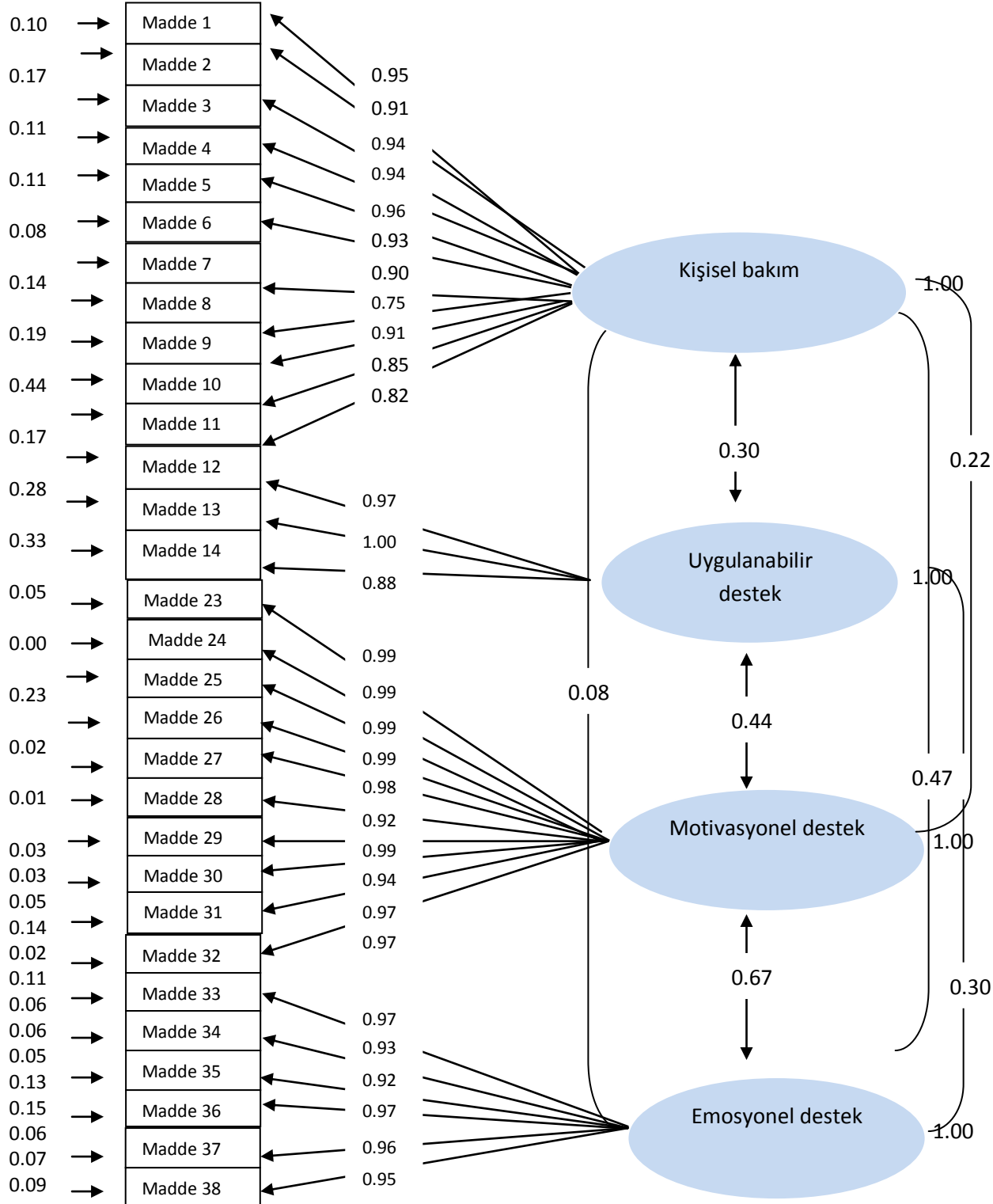
Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin objektif bölümü için yapılan analiz sonucuna göre uygulanabilir destek boyutundaki birbirini takip eden (15.-22. maddeler) sekiz maddenin faktör yükünün 0.30'un altında olması, maddelerin kültürel yapıyı ve sağlık bakım sisteminde yapılan uygulamaları yansıtmaması nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Bakım verenler sağlık harcamaları için form doldurmamakta, evde bakım ve fiziksel yardım araç hizmetlerini organize etmemekte ve hastasıyla ilgili problem yaşadığında telefonla doktoru aramamaktadır. İhtiyacı olduğunda polikliniğe ya da acil servise başvurmaktadır. Kalan maddelerle yapılan doğrulayıcı faktör analizinde (DFA), tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri kişisel bakım boyutu için 0.75 ile 0.96, uygulanabilir destek boyutunda 0.88 ile 1.00, motivasyonel destek boyutunda ise 0.92 ile 0.99, emosyonel destek boyutunda 0.92 ile 0.97 arasında bulunmuştur. Ölçeğin objektif bölümü faktör yükü 0.75 ile 1.00 arasında değişmektedir (Şekil 3).

Ölçeğin subjektif bölümü için yapılan DFA’inde, tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri kişisel bakım boyutu için 0.83 ile 0.96, uygulanabilir boyutta 0.91 ile 1.00, motivasyonel boyutta 0.94 ile 0.98, emosyonel boyutta 0.90 ile 0.92 arasında bulunmuştur. Ölçeğin subjektif bölümü faktör yükü 0.83 ile 1.00 arasında değişmektedir (Şekil 4).

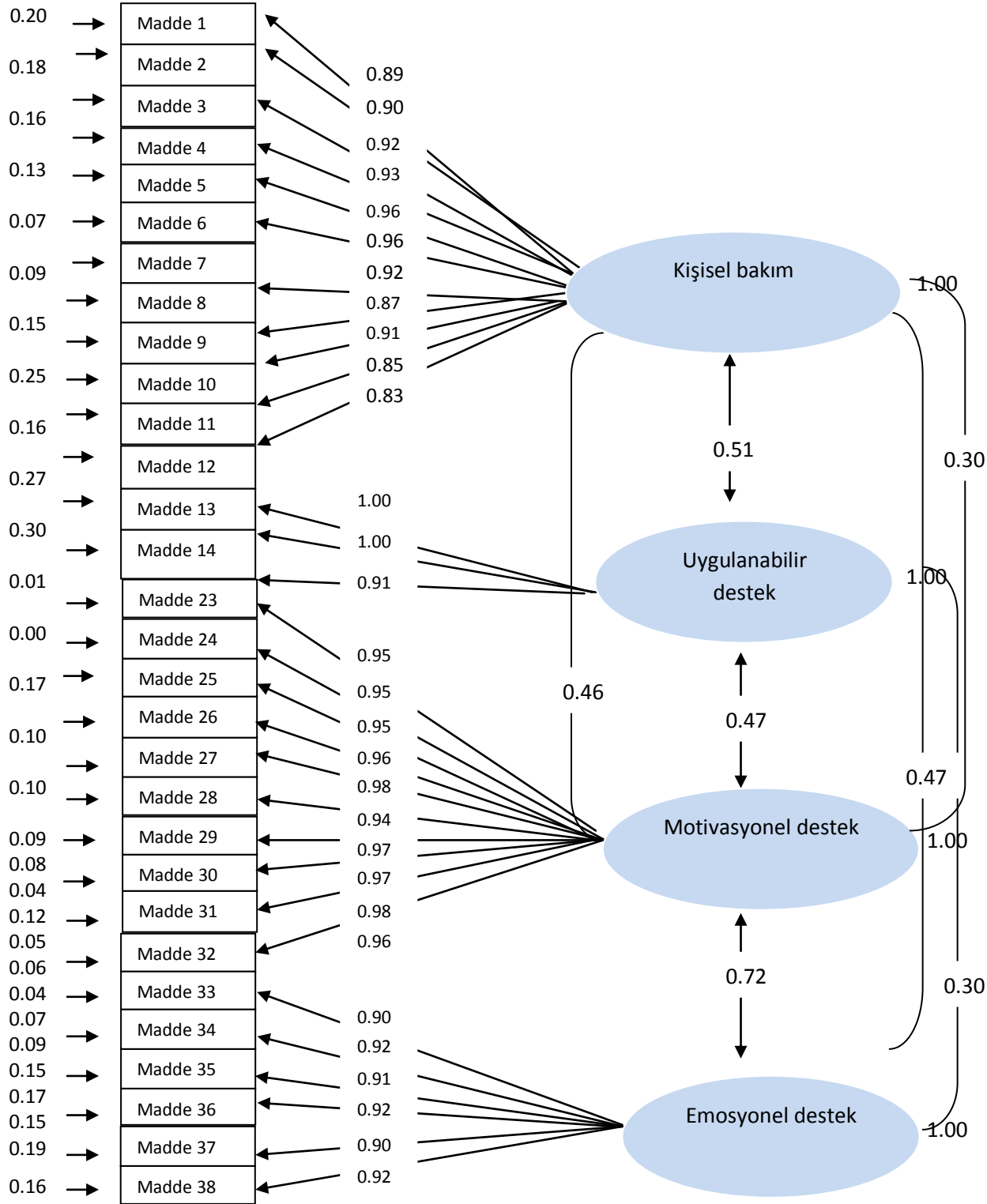
Uyum istatistiği olarak yapılan ki-kare analizinde, ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünerek hesaplama yapılmış ve objektif bölüm için bu değer $\chi^2/df=3.24$ (1201.55/370) olarak bulunmuştur. Subjektif bölüm için ise bu değer $\chi^2/df=3.44$ (1332.61/387) olarak bulunmuştur.

Ölçeğin objektif bölümü için uyum değerlerinden serbestlik derecesi (df)=370, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)=0.09, Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)=0.04, Comparative Fit Index (CFI)=0.97, Non-Normed Fit Index (NNFI)=0.97, Normed Fit Index (NFI)=0.96, Incremental Fit Index (IFI)= 0.97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin subjektif bölümü için uyum değerlerinden df= 387, RMSEA= 0.10, SRMR= 0.03, CFI= 0.96, NNFI= 0.96, NFI=0.95, IFI=0.96 olarak bulunmuştur.



Chi-square= 1201.55 df= 370 p-value= 0.00 RMSEA=0.09

Şekil 3. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Bölüm Doğrulayıcı Faktör Analizi (30 Madde)



Chi-square= 1332.61/ df= 387 p-value= 0.00 RMSEA=0.10

Şekil 4. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Bölüm Doğrulayıcı Faktör Analizi (30 Madde)

4.1.3. Güvenirlik Analizleri

4.1.3.1. İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları ve Madde Analizleri

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin objektif bölümü için güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde güvenirlik katsayısı (Cronbach alfa), kişisel bakım boyutunun 0.98, uygulanabilir destek boyutunun 0.96, motivasyonel destek boyutunun 0.99 ve emosyonel destek boyutunun 0.98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin subjektif bölümün güvenirlik katsayısı, kişisel bakım boyutunun 0.98, uygulanabilir boyutunun 0.97, motivasyonel boyutunun 0.99 ve emosyonel boyutunun 0.97 olarak bulunmuştur.

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin objektif bölümü için yapılan madde-madde puan korelasyon (Pearson korelasyonu/Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) analizinde kişisel bakım destek boyutunda (11 madde) 0.94 ile 0.99 arasında, uygulanabilir destek boyutunda (3 madde) 0.92 ile 0.99 arasında, motivasyonel destek boyutunda (10 madde) 0.79 ile 0.99 arasında, emosyonel destek boyutunda (6 madde) 0.67 ile 0.99 arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 7).

Ölçeğin subjektif bölümü için yapılan madde-madde puan korelasyon analizinde kişisel bakım boyutunda (11 madde) 0.97 ile 0.99 arasında, uygulanabilir boyutunda (3 madde) 0.97 ile 0.99 arasında, motivasyonel boyutunda (10 madde) 0.95 ile 0.99 arasında, emosyonel boyutunda (6 madde) 0.92 ile 0.99 arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 7).

Tablo 7. Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Madde-Madde ve Madde-Alt Boyut Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi (n=230)

<i>Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Alt Boyutları</i>	<i>Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Maddeleri</i>	Ölçeğin objektif bölüm Madde-madde puan korelasyonları (<i>r</i>)	Ölçeğin subjektif bölüm Madde-madde puan korelasyonları (<i>r</i>)	Ölçeğin objektif bölüm Madde-alt boyut puan korelasyonları (<i>r</i>)	Ölçeğin subjektif bölüm Madde-alt boyut puan korelasyonları (<i>r</i>)	<i>Objektif bölüm p*</i>	<i>Subjektif bölüm p*</i>
<i>Kişisel bakım desteği</i> <i>(1.-11. maddeler)</i>	Önceki üç ay içinde, eşinize/ yakınınıza aşağıdaki durumlarda destek verdinizmi?						
	1. Yemesinde içmesinde	0.94	0.97	0.94	0.91	.000	.000
	2. Elini yüzünü yıkamasında ya da banyo yapmasında	0.97	0.99	0.92	0.93	.000	.000
	3. Giyinip soyunmasında	0.97	0.99	0.95	0.94	.000	.000
	4. Tuvalete gitmesinde	0.97	0.97	0.93	0.93	.000	.000
	5. Dış görünüşüne yönelik bakımını gerçekleştirmesinde (diş fırçalama, tırnak bakımı yaparken, saç tarama)	0.94	0.99	0.95	0.95	.000	.000
	6. Ev içi ve çevresinde yürümesinde	0.99	0.97	0.94	0.95	.000	.000
	7. Yatak veya sandalyeye alma veya kaldırılmasında	0.99	0.97	0.92	0.93	.000	.000
	8. Merdiven inip çıkmasında	0.99	0.99	0.80	0.88	.000	.000
	9. Yatakta rahat edecek bir pozisyon almasında	0.96	0.99	0.92	0.92	.000	.000
	10. Günün 24 saati eşime/yakınıma bakım vermek zorundayım	0.99	0.99	0.89	0.90	.000	.000
	11. Eşimin/yakınının geceleri de sıklıkla benim desteğime sıklıkla ihtiyacı duyar	0.99	0.99	0.87	0.88	.000	.000
<i>Uygulanabilir destek</i> <i>(12-14. maddeler)</i>	12. Toz almak/bulaşık yıkamak gibi hafif ev işleri	0.92	0.97	0.98	0.76	.000	.000
	13. Elektrik süpürgesi ile evi süpürme, yerleri silme gibi ağır ev işleri	0.99	0.97	0.98	0.75	.000	.000

	14. Alışveriş yapma	0.99	0.99	0.93	0.75	.000	.000
	23. Sıvı alma ile ilgili önerilere uymada	0.83	0.99	0.99	0.98	.000	.000
	24. Diyet önerilerine uymada (düşük tuzlu ürün arama gibi)	0.79	0.95	0.99	0.98	.000	.000
<i>Motivasyonel destek</i>	25. Kilo izlemine düzenli yapmasında	0.99	0.99	0.98	0.97	.000	.000
<i>(23-32. maddeler)</i>	26. Fiziksel aktivite ve egzersizle ilgili önerilere uymada	0.90	0.99	0.98	0.98	.000	.000
	27. Diyet önerilerine uyması için motive etmede	0.99	0.99	0.97	0.98	.000	.000
	28. Sigarayı azaltması veya bırakması için motive etmede	0.99	0.99	0.93	0.94	.000	.000
	29. Aktivite ve egzersiz için motive etmede	0.99	0.96	0.99	0.97	.000	.000
	30. İlaçlarını doğru zamanda alması için motive etmede	0.99	0.99	0.95	0.97	.000	.000
	31. Sıvı önerilerine uyması için motive etmede	0.99	0.97	0.98	0.97	.000	.000
	32. Tekrar çalışmaya başlaması için motive etmede	0.99	0.99	0.97	0.96	.000	.000
	33. Rahatını sağlama	0.67	0.96	0.96	0.93	.000	.000
<i>Emosyonel destek</i>	34. Anksiyetesini azaltmak için konuşma	0.88	0.96	0.96	0.94	.000	.000
<i>(33-38. maddeler)</i>	35. Depresif duygularını azaltmak için konuşma	0.93	0.99	0.96	0.93	.000	.000
	36. Endişeleri ve problemleri hakkında konuşma	0.99	0.96	0.98	0.93	.000	.000
	37. Anlayış gösterme	0.99	0.99	0.96	0.93	.000	.000
	38. Onun yanında olma	0.99	0.92	0.96	0.94	.000	.000

*pearson korelasyon ileri düzeyde anlamlı (p<0.001).

4.1.3.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin objektif ve subjektif bölümünün zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, yapılan iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 8).

İlk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r\geq 0.98$, $p<0.001$, Tablo 8).

Tablo 8. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif ve Subjektif Bölümünün Test-Retest Puan Ortalamaları ve Korelasyonlarının İncelenmesi (n=30)

<i>Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Alt Boyutları</i>	<i>İlk uygulama</i> <i>M ± SD</i>	<i>İkinci uygulama</i> <i>M ± SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Kişisel bakım desteği						
Objektif	1.73±0.65	1.74±0.65	-1.68	0.103	0.99	0.001
Subjektif	1.73±0.65	1.74±0.65	-1.68	0.103	0.99	0.001
Uygulanabilir destek						
Objektif	2.73± 0.44	2.72±0.44	1.00	0.326	0.99	0.001
Subjektif	1.67±0.70	1.67±0.69	0.00	1.00	0.99	0.001
Motivasyonel destek						
Objektif	2.18±0.55	2.19±0.55	-1.36	0.184	0.99	0.001
Subjektif	2.18±0.55	2.19±0.55	-1.36	0.184	0.99	0.001
Emosyonel destek						
Objektif	2.26±0.52	2.28±0.50	-1.14	0.264	0.98	0.001
Subjektif	2.26±0.52	2.28±0.50	-1.14	0.264	0.98	0.001

5.1. TARTISMA

5.1.1. Geçerliğin Değerlendirilmesi

Ölçek uyarlama çalışmalarında, yapı geçerliğinin incelenmesinde, ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotezi sınamak, uyarlanan ölçeğin faktör yapısını özgün ölçeğin faktör yapısı ile karşılaştırmak ve benzerlik ya da ayrılıklarını değerlendirebilmek için DFA'nin kullanımı önerilir (Gözüm ve Aksayan 2003). Ölçeğin objektif bölümü için yapılan analiz sonucuna göre uygulanabilir destek boyutundaki birbirini takip eden (15.-22. maddeler) sekiz maddenin faktör yükünün 0.30'un altında olması, maddelerin kültürel yapıyı ve sağlık bakım sisteminde yapılan uygulamaları yansıtmaması nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Bakım verenler sağlık harcamaları için form doldurmamakta, evde bakım ve fiziksel yardım araç hizmetlerini organize etmemekte ve hastasıyla ilgili problem yaşadığında doktoru aramamaktadır. İhtiyacı olduğunda polikliniğe ya da acil servise başvurmaktadır. Kalan maddelerle yapılan DFA, tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri kişisel bakım boyutu için 0.75 ile 0.96, uygulama destek boyutunda 0.88 ile 1.00, motivasyonel destek boyutunda ise 0.92 ile 0.99, emosyonel destek boyutunda 0.92 ile 0.97 arasında bulunmuştur. Ölçeğin subjektif bölümü için yapılan DFA, tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri kişisel bakım boyutu için 0.83 ile 0.96, uygulama destek boyutunda 0.91 ile 1.00, motivasyonel destek boyutunda ise 0.94 ile 0.98, emosyonel destek boyutunda 0.90 ile 0.92 arasında bulunmuştur. Doğrulamalı faktör analizinde her bir maddede, model-veri uyum katsayı değerinin en az 0.30 ve üzerinde olması önerilmektedir (Harrington 2009). Bu nedenle bu ölçek çalışmasında faktör yükü düşük olan maddeler çıkarıldığında model-veri uyumunun yeterli olduğu görülmüştür. Doğrulamalı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği olarak yapılan analizde ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünerek hesaplama yapılmış ve bu değer objektif bölüm için $\chi^2/df=3.24$ (1201.55/370) olarak bulunmuştur. Ölçeğin subjektif bölümü için yapılan analizinde $\chi^2/df=3.44$ (1332.61/387) olarak bulunmuştur. Bu değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Harrington 2009). Çalışmada model-veri uyumunun kabul edilebilir olduğu görülmüştür (Şekil 3).

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri RMSEA, SRMR, CFI, NNFI ve IFI'dır (Şimşek 2007; Harrington 2009). RMSEA'nın 0.80'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin

0.05'den küçük olması (istatistiksel olarak anlamlı olması) uyumun iyi olduğunu (Şimşek 2007; Harrington 2009), 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun kabul edilebilir olduğunu gösterir (Harrington 2009). Uyum değerlerinden serbestlik derecesi (df)=370, RMSEA=0.09, SRMR=0.04, CFI=0.97, NNFI=0.97, NFI=0.96, IFI=0.97 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada RMSEA değerinin anlamlı ve 0.09 olması uyumun kabul edilebilir olduğunu göstermiştir. SRMR'nin 0.10'dan küçük olması, CFI, NNFI değerlerinin 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Şimşek 2007; Harrington 2009). Ölçeğin subjektif bölümü için yapılan analizinde uyum değerlerinden df= 387, RMSEA= 0.10, SRMR= 0.03, CFI=0.96, NNFI=0.96, NFI=0.95, IFI=0.96 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen RMSEA, SRMR, CFI, NNFI ve IFI değerlerine göre uyumun olduğu görülmüştür.

5.1.2. Güvenirliğin Değerlendirilmesi

İç tutarlılığın değerlendirilmesinde önerilen yöntemlerden biri Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısıdır. Cronbach Alfa katsayısı 0.40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, 0.40-0.59 arası düşük güvenirlilikte, 0.60-0.79 arası oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Akgül 2005). Hollanda Objektif Yük Envanteri objektif bölümü için yapılan analizde güvenirlilik katsayısı (Cronbach Alfa) oldukça yüksektir (en düşük= 0.96 ile en yüksek= 0.99). Hollanda Objektif Yük Envanteri subjektif bölüm için yapılan analizde güvenirlilik katsayısı, kişisel bakım boyutunun 0.98, uygulama boyutunun 0.97, motivasyonel boyutunun 0.99 ve duygusal boyutunun 0.97 olarak bulunmuştur.

Uyarılama yapılan ölçeklerin güvenirlilik yönünden değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden birisi madde analizidir. Madde-madde puan korelasyon katsayılarının yeterlilik düzeyi literatürde farklılık göstermekle birlikte genellikle en alt seviye olarak 0.20 kabul edilmekte, güvenirlilik katsayısı 0.30 - 0.40 arasında olan maddelerin "iyi", 0.40 üstünde olan maddelerin "çok iyi" düzeyde ayırt edici ve dolayısıyla güvenilir olduğu bildirilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003; Tavşancıl 2005). Ölçeğin objektif bölümü için yapılan analizde madde-madde puan korelasyon katsayıları 0.67 ve üzerindedir. Subjektif bölümü için yapılan analizde ise madde-madde puan korelasyon katsayıları 0.92 ve üzerindedir.

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin objektif ve subjektif bölümünün zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenirlilik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen

puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, yapılan iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 8).

İlk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r\geq 0.98$, $p<0.001$, Tablo 8). Bu çalışmada test-tekrar test puan ortalamaları arasında fark olmaması, test-tekrar test puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ve ileri derecede anlamlı ilişkinin olması belli aralıklarla yapılan ölçümler arasında tutarlılık olduğunu göstermektedir (Tavşancıl 2005, Polit ve Beck 2008). Çalışmada, ölçeğin güvenilirliğine ilişkin yapılan analizlere göre ölçeğin güvenilirlik ölçütlerini karşıladığı görülmüştür.

6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelendiği bu çalışmada, uyarlama çalışmaları uluslararası bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılmış ve ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik ölçütlerini karşıladığı belirlenmiştir. Ölçeğin ülkemiz hemşirelik uygulama ve araştırmalarında kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Ölçeğin kalp yetersizliği hastalarına bakım verenlerin deneyimledikleri yükün belirlenmesinde kullanımı önerilmektedir. Bu sayede hasta ve bakım vereni bütüncül değerlendirmeye yardımcı olacağı ve hemşirelik bakımının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. AŞAMA: YARI DENEYSEL ÇALIŞMA

Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Bakım Verenlerine Uygulanan Destek Grup Girişiminin Hasta ve Bakım Veren Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi

3.2. GEREC ve YÖNTEM

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Kalp yetersizliği olan hastaların bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin bakım verenlerin *bakım veren yükü ve depresyon belirtileri* ile bakım verdiği kalp yetersizliği hastalarının *yaşam kalitesi ve hastaneye tekrar yatma durumu* üzerine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel araştırma tasarımı kullanılmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde Mart 2013- Ocak 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemine, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine kalp yetersizliği ile başvuran hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırma örnekleminin girişim ve kontrol grubuna göre dağılımı Şekil 5’de verilmiştir.

Örnekleme Alınma Ölçütleri

Bakım veren Örneklem Özellikleri;

1. Bakımdan primer sorumlu olması
2. Aynı evde yaşıyor olması
3. 18 yaşından büyük olması
4. İletişim kurma güçlüğü olmaması
5. İzmir il sınırları içinde yaşıyor olması
6. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi
7. Bakım veren yükü ölçeğinin en az bir alt boyutundan ortalama 1.5 ve üzerinde puan alması: Neuman Sistemler Modeline göre, ikincil korumaya yönelik girişimlerin uygulanması için ve bakım yükü ölçeğinin kesme noktası olmadığı,

her alt boyut puanları 1-3 arasında değiştiği için bu çalışmada en az bir alt boyuttan ortalama 1.5 ve üzerinde puan alanlar örnekleme alınmıştır.

Hasta rnekleme zellikleri;

1. Kalp yetersizliği tanısını en az altı ay önce almış olması
2. İletişim kurma g olmaması
3. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi

Örneklemden Dışlanma ltleri

1. Bakım verenin her hangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alması
2. Bakımı belli bir ücret karşılığında yapması

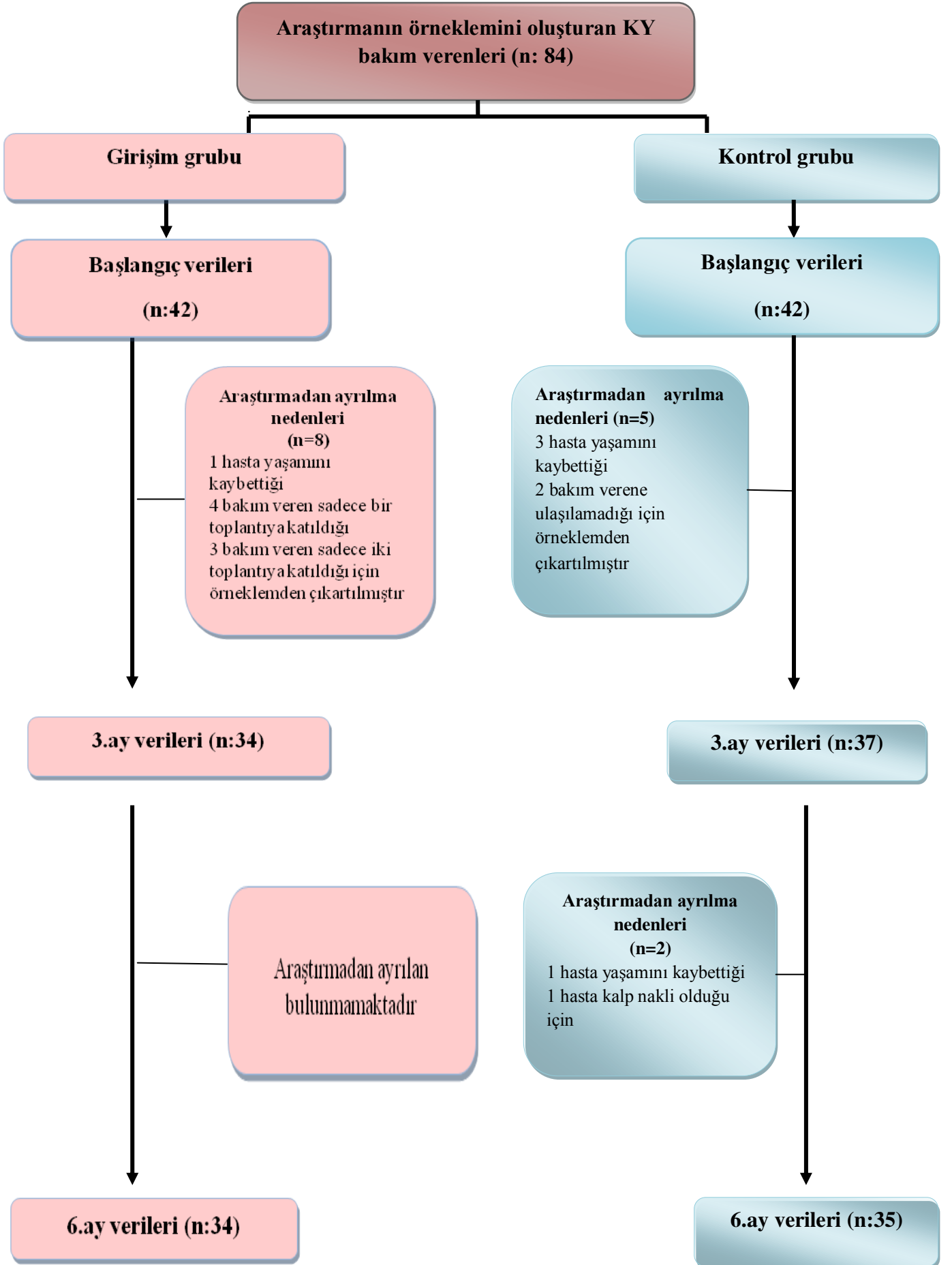
Örnekleme Büyüklüğü

Kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerde destek grup girişiminin sonuçlarını inceleyen bir araştırmanın olmaması nedeniyle araştırmanın örnekleme büyüklüğü önceden belirlenememiş, ancak araştırmanın kendi verileriyle NCSSPASS programı kullanılarak g analizi yapılmıştır. Araştırma ncesi, araştırma verilerin analizinde parametrik test kullanmak için gruplarda 30'un üzerinde bireyin olmasına karar verilmiştir. Araştırma sonrası, araştırmanın örneklemini girişim grubu için 34, kontrol grubu 35 toplamda 69 kişi oluşturmuştur. Örnekleme sayısı Tip I hata (α) 0.50, Tip II hata (β) 0.20 (%80 g) olarak %95 güven aralığı dikkate alınarak yapılmıştır. G analizinde, her grup için örnekleme sayısı 34 olarak alınmıştır ve g analizi tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi kullanılarak yapılmıştır. G analizinde, araştırmada kullanılan Hollanda Objektif Yük Envanteri, Beck Depresyon lği ve Sol Ventrikül Disfonksiyon lği (LVD-36) puan ortalamalarına göre araştırmanın gücü Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Hollanda Objektif Yük Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği, Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamaları ile Araştırmanın Gücü

Ölçekler		Gücü	
		Objektif	Subjektif
Hollanda Objektif Yük Envanteri Alt Boyutları	Kişisel	0.98	0.87
	Uygulanabilir	0.95	0.80
	Motivasyonel	0.99	0.81
	Emosyonel	0.95	0.99
Beck Depresyon Ölçeği		0.99	
LVD-36 Ölçeği		0.85	

Araştırmanın gücü Hollanda Objektif Yük Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği, LVD-36 Ölçeği puan ortalamalarına göre en az %80 en fazla %99 olarak hesaplanmıştır. Genel olarak çalışmalarda %80 güç yeterli kabul edilmektedir (Akgül 2005). Bu çalışmanın yeterli gücü olduğu saptanmıştır.



Şekil 5. Araştırma Örnekleminin Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.

3.2.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama formları kullanılmıştır.

3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişi.

Bağımlı Değişkenler: Kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerin *kişisel bakım destek puanı, uygulanabilir destek puanı, motivasyonel destek puanı, duygusal destek puanı, depresyon belirtileri puanı* ve hastaların *yaşam kalitesi puanı* ile *hastaneye tekrar yatma durumu*

3.2.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak **bakım verene yönelik;** Sosyo-demografik Özellikler Formu, Bakım Veren Yükü Envanteri (Hollanda Objektif Yük Envanteri (Dutch Objective Burden Inventory-DOBI), Beck Depresyon Ölçeği, **hastaya yönelik;** Sosyo-demografik Özellikler Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği (LVD-36) kullanılmıştır.

Bakım verene yönelik;

Sosyo-Demografik Özellikler Formu (Ek 5)

Bu form bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinden *yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, hasta ile yakınlık durumu, kronik hastalığı olma durumu* ve *bakım verme süresi* olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Hollanda Objektif Yük Envanteri

Luttik ve arkadaşları tarafından (2008) geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçek 38 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; kişisel bakım desteği (11 madde, 1.-11.), uygulanabilir destek (3 madde, 12.-14), motivasyonel destek (10 madde, 23.-32.) ve duygusal destek (6 madde, 33.-38.) alt boyutlarıdır. Ölçeğin objektif bölümünde bakım verenlerin hastaya verdikleri destek bakım verenin objektif yükü, subjektif bölümünde ise bu desteği verirken algıladıkları yük bakım verenin subjektif yükü olarak

değerlendirilmektedir. Üçlü likert tipinden oluşan ölçek objektif bölüm için asla (1), bazen (2) ve daima (3) yanıtlarını, subjektif bölüm için yük getirmemiştir (1), biraz yük getirmiştir (2) ve çok yük getirmiştir (3) yanıtlarını içermektedir ve her alt boyuttan 1-3 arasında puan alınabilmektedir. Her alt boyuttan alınan puanlar toplanıp o alt boyuttaki madde sayısına bölünerek alt boyut toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekte her alt boyuttan alınan puan arttıkça bakım yükü artmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ve kesme noktası (cut off değeri) bulunmamaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin İç Tutarlık Katsayıları

Ölçeğin İç Tutarlık Katsayıları (α)								
Hollanda	Luttik ve ark. (2008)		Makdessi ve ark.		Demir Barutcu		Demir Barutcu	
Objektif Yük	n=321		(2011)		(2014)		(2015)	
Envanteri Alt			n=45		n=230		n=69	
Boyutları	Objektif	Subjektif	Objektif	Subjektif	Objektif	Subjektif	Objektif	Subjektif
	bölüm**	bölüm*	bölüm	bölüm*	bölüm	bölüm	bölüm	bölüm
Kişisel bakım	0.81-	--	0.85	--	0.98	0.98	0.97	0.97
desteği	0.84							
Uygulanabilir		--	0.81	--	0.96	0.97	0.78	0.85
destek								
Motivasyonel		--	0.88	--	0.99	0.99	0.92	0.94
destek								
Emosyonel		--	0.92	--	0.98	0.97	0.87	0.97
destek								

* Değerlendirilmemiştir.

** Alt boyut iç tutarlık katsayıları ayrı ayrı verilmemiştir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 6)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu bulunmaktadır (Beck, Ward, Mendelson, Mock ve ark. 1961; Beck, Steer ve Garbin 1988). Her iki versiyon da Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada Hisli (1989) tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır.

Beck depresyon ölçeği depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmeye yarayan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 21 depresif belirti kategorisini

içermektedir. Bu Kategoriler: duygu durumu, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma durumu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin engellenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybıdır. Ölçek yetişkinlere uygulanan, uygulaması yaklaşık 10-15 dakika olan, bireyin kendi kendine uygulayabileceği, yanıtlaması kolay bir ölçektir. Soru formunun başında kısa bir açıklama vardır, cevaplayıcıdan her maddedeki “a”, “b”, “c”, “d” şıklarından birini işaretlemesi istenir. Dört’lü likert tipi ölçekten alınabilecek puan 0-3 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Ölçeğin kullanımı için özel bir eğitim gerekmemektedir (Hisli 1989). Beck Depresyon Ölçeği’nde klinik depresyonu belirlemede kabul edilecek kesme noktası 17’dir. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir (Hisli 1989). Onyedili ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90’ın üzerinde bir çoğunlukta ayırt edebildiği görülmüştür (Hisli 1989). Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları Tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11. Beck Depresyon Ölçeği’nin İç Tutarlılık Katsayıları

Beck Depresyon Ölçeği	Beck ve ark. (1988)	Hisli (1989)	Demir Barutcu (2015)
	n=1086	n=259	n=69
İç Tutarlılık Katsayısı	0.86	0.80	0.92

Hastaya yönelik;

Sosyo-Demografik Özellikler Formu (Ek 7)

Bu form hastaların sosyo-demografik özelliklerinden *yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, tanı alma zamanı, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon (LVEF) değeri ve hastaneye en son yatış tarihi* olmak üzere toplam yedi sorudan oluşmaktadır.

Sol Ventrikul Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36) Ölçeği (Ek 8)

Sol Ventrikul Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36) Ölçeği kalp yetersizliği olan hastalarda sol ventrikul disfonksiyonunun günlük yaşam ve iyilik hali üzerine etkisini ölçmek amacıyla O’Leary ve Jones tarafından (2000) geliştirilmiştir. Bu ölçek; kalp hastalığı nedeniyle oluşan sorunları belirlemek amacıyla sorulan toplam 36 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler doğru ve yanlış olarak iki seçenekle hastalara sunulmaktadır. Verilen doğru cevaplar toplanıp, toplam doğru cevap sayısı yüzde olarak ifade edilmektedir. Ölçekten “0-100” arasında puan alınmaktadır, ölçekten alınan “100 puan” en kötü skor ve “0 puan” en iyi skor olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin puanı arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları Tablo 12’de yer almaktadır.

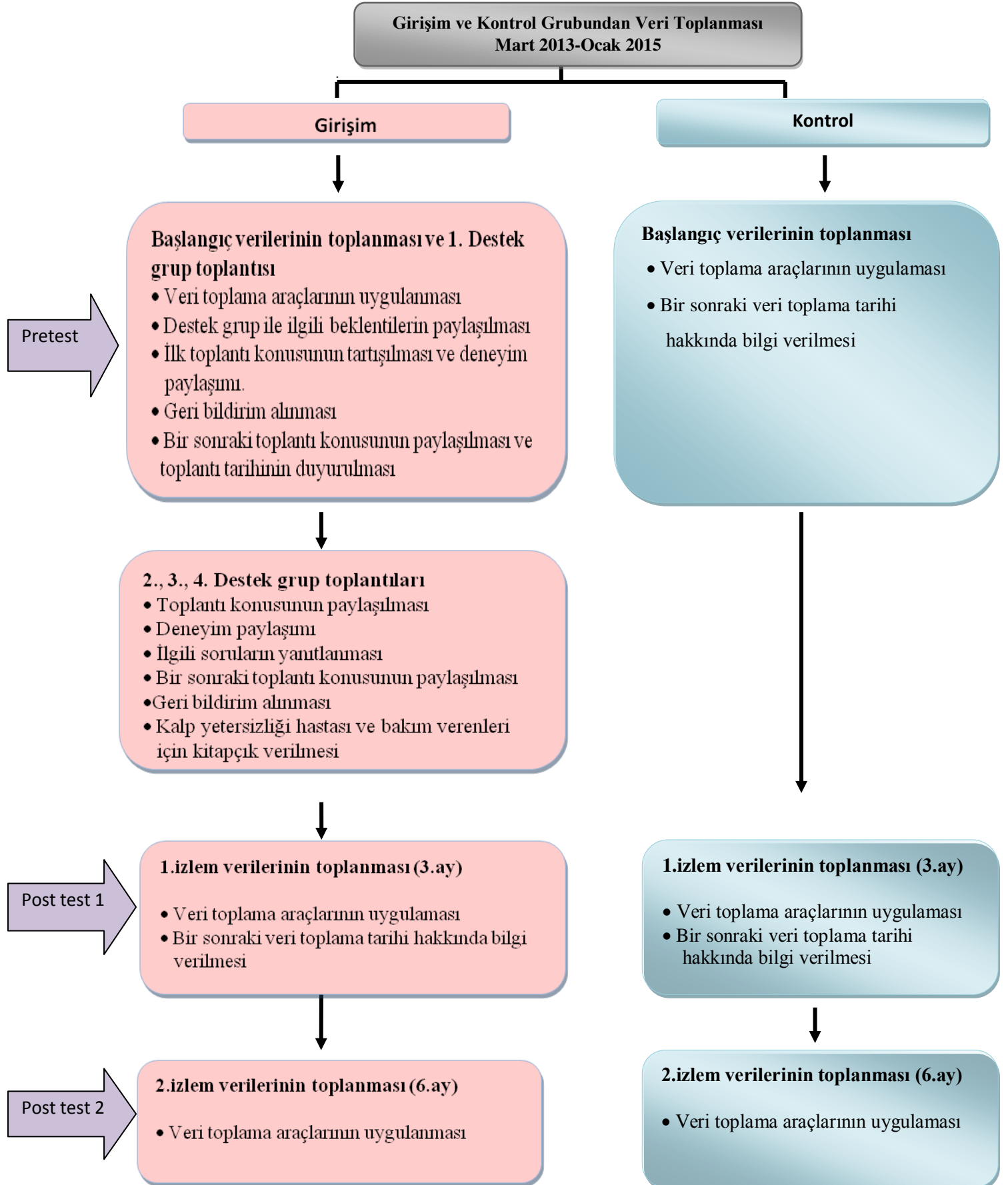
Tablo 12. Sol Ventrikul Disfonksiyon Ölçeği’nin İç Tutarlılık Katsayıları

Sol Ventrikul Disfonksiyon Ölçeği	O’Leary ve Jones (2000) n=60	Özer ve Argon (2005) n=102	Demir Barutcu (2015) n=69
İç Tutarlılık Katsayıları	0.95	0.87	0.93

Hastaneye Tekrar Yatma Durumu

Taburculuktan sonraki altı ay içinde kalp yetersizliği alevlenmesi nedeniyle hastaların hastaneye yatışları tekrar yatma durumu olarak değerlendirilmiştir. Hastaların izlem boyunca hastaneye yatma durumuna dair veriler hastaya telefonla sorularak ve hastane kayıtlardan yararlanılarak belirlenmiştir.

3.2.7. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 6. Araştırma Planı

3.2.7.1. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verilerinin toplanmasına kontrol grubu verileri ile başlanmış ve kontrol grubu verileri tamamlandıktan sonra destek grup toplantılarına ve girişim grubu verilerinin toplanmasına başlanmıştır. Kontrol grubundan toplanan ilk veriler ve girişim grubunda ilk destek grup toplantısı öncesinde toplanan veriler araştırmanın başlangıç verilerini oluşturmuştur. Öncelikle kontrol grubundaki bakım verenlere Hollanda Objektif Yük Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği; hastalara ise LVD-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanarak puanları belirlenmiştir. Kontrol grubunun verileri; başlangıç verileri, birinci izlem verileri (üç ay sonra) ve ikinci izlem verileri (altı ay sonra) olmak üzere üç defada toplanmıştır. Girişim grubunun verileri ise; ilk destek grup toplantısı öncesi, birinci izlem verileri (üç ay sonra) ve ikinci izlem verileri (altı ay sonra) olmak üzere üç defada toplanmıştır.

3.2.7.2. Destek Grubu Programının Geliştirilmesi

Destek grupları, bakım verenlere ek bilgi ve ait olma duygusu verme, deneyimlerini paylaşma ve baş etme becerilerini geliştirme gibi işlevleri nedeni ile kullanılmıştır.

Destek grubunun hedefleri;

- Kalp yetersizliği olan bir hastaya bakım verme deneyimde bireylerin yalnız olmadıklarını fark etmelerinin sağlanması,
- Bakım verenlerin başkalarının bakım verme süreciyle nasıl baş ettiklerini görmeleri ve kendi baş etme yöntemleriyle karşılaştırmalarının sağlanması,
- Duygu paylaşımının sağlanması,
- Kişisel deneyimlerin ve bilgilerin paylaşılması, birbirlerinin deneyimlerinden öğrenmesi,
- Genel korkular, endişeler için birbirlerinden destek ve cesaret alması olarak belirlenmiştir.

3.2.7.3. Destek Grubunun Uygulanması

Bakım verenlerin destek grup toplantıları Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dersliklerinde yapılmıştır. Toplantı salonu masa, bilgisayar, yazı tahtası, barkovizyon sistemi ve yeterli sayıda koltuk (20 kişilik) gibi olanaklara sahip bir salondur. Yüz yüze iletişimi sağlayacak şekilde daire şeklinde oturma düzeni sağlanmış ve ortamın ısısı, ışığı, havalandırılması uygun şekilde ayarlanmıştır. Sosyal etkileşimi sağlamak ve tüm katılımcıların gelmesini bekleyene kadar, destek grup etkileşimi öncesinde yiyecek ve içecek ikramında bulunulmuştur. Girişim grubu için destek grup toplantılarına katılmayı kabul eden 42 bakım veren ile toplantılar yapılmıştır. Gruplar 6-12 kişiden oluşmuş ve toplamda dört grup oluşturulmuştur. Her grupta dört destek grup toplantısı yapılmıştır. Destek grup toplantıları bakım verenlerin isteği doğrultusunda her hafta bir kez (90-120 dakika) olacak şekilde uygulanmıştır. Destek grup, araştırmacı tarafından yönetilmiş ve eğitimler interaktif olarak uygulanmıştır. Destek grup toplantıları sırasında verilen öneriler araştırmacı tarafından Amerikan Kardiyoloji Birliği (American College of Cardiology [ACC]), Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology [ESC] ve Amerikan Kalp Birliği'nin (American Heart Association [AHA]) rehberlerine dayalı olarak yapılmıştır. Bakım verenlerin destek grup toplantıları kendileri için en uygun olan gün ve saatte yapılmak üzere planlanmıştır. Kalp yetersizliği hastasına bakım verenlere ilk karşılaşmada, üçüncü ayda ve altıncı ayda olmak üzere üç defa Hollanda Objektif Yük Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), hastalara ise Yaşam Kalitesi Ölçeği (LVD-36) uygulanmış ve hastaneye yatma durumları değerlendirilmiştir. Destek grubunun ilk toplantısında grup kuralları ve amacı açıklanmıştır. Bakım verenlerin tanışmaları ve iletişim kurmaları için bakım verenlerin kime, kaç yıldır baktığı, evde kaç kişi yaşadığı, kaç çocuğu olduğu, medeni durumu, yaşı, baktıkları kişiye yakınlıkları gibi bilgileri birbirleriyle paylaşmaları sağlanmıştır. Katılımcıların en az üç toplantıya gelmeleri hedeflenmiş ve üç toplantıyı tamamlayamayanlar örneklemden çıkarılmıştır. Destek grup toplantısına başladıktan sonra bir hasta yaşamını yitirdiği, dört bakım veren sadece bir toplantıya, üç bakım veren sadece iki toplantıya katıldığı için örneklemden çıkarılmıştır.

Toplantılarda Neuman Sistemler Modelinde veri toplamak için kullanılan altı sorudan yararlanılmıştır (* Zorluk bakımından en büyük sorununuzun ne olduğunu düşünüyorsunuz? *Şu anki durumunuz alışık olduğunuz yaşam tarzınızı nasıl etkiledi? *Daha önce benzer bir problem yaşadınız mı? Eğer yaşadıysanız problem neydi ve onunla nasıl baş ettiniz? *Mevcut

durumunuza dayanarak gelecekteki durumunuz konusunda ne düşünüyorsunuz? ,*Kendinize yardım etmek için ne yapabilirsiniz veya ne yapıyorsunuz?, *Aile, arkadaşlar veya diğer kişilerden sizin için ne yapmalarını istiyorsunuz?). Bu soruların yanı sıra grup sürecinde bakım verenlerin ve araştırmacının sürece bağlı sorduğu sorularla deneyim paylaşımı yapılmış ve grup üyeleri birbirlerine yaşanan problemlere yönelik çözüm önerileri sunarak destek vermişlerdir.

3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın ikinci aşamasındaki verilerin analizinde SPSS 15.0 kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, χ^2 , t testi kullanılmıştır.

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ve bakım verdiği hastaların tanıtıcı özellikleri açısından homojen olup olmadıklarını belirlemek için χ^2 analizi yapılmış olup kontrol ve girişim grubundaki bakım verenler arasında medeni durum ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Medeni durum ve çalışma durumunun araştırmada kullanılan ölçek puan ortalamalarını etkileyip etkilemediği kovaryans analizi ile değerlendirilmiştir. Medeni durumun değişkenleri anlamlı şekilde etkilemediği ($p>0.05$), çalışma durumunun ise değişkenleri anlamlı şekilde etkilediği ($p<0.05$) saptanmıştır. Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılırken çalışma durumu ve medeni durum kontrol değişkeni olarak kullanılıp analizler bu boyutta yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin yaş ortalaması, bakım verme süresi, bakım veren yükü, depresyon belirtileri puan ortalamaları ve bakım verenlerin bakım verdiği hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farklarının belirlenmesinde bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği kalp yetersizliği hastaların hastaneye tekrar yatma durumları χ^2 analizi ile değerlendirilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım veren yükü, depresyon belirtileri puan ortalaması ve hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması grup, zaman ve grup*zaman etkileşimine göre tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

Girişim ve kontrol grubunda puan ortalamaları arasında farkın ileri analizinde ölçümleri birbiri ile karşılaştırmak için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi ve

grupları kendi içerisinde karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır (Akgül 2005).

3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın randomize kontrollü çalışma olmaması nedeniyle tüm kalp yetersizliği bakım verenlerine genellenememesi araştırmanın sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

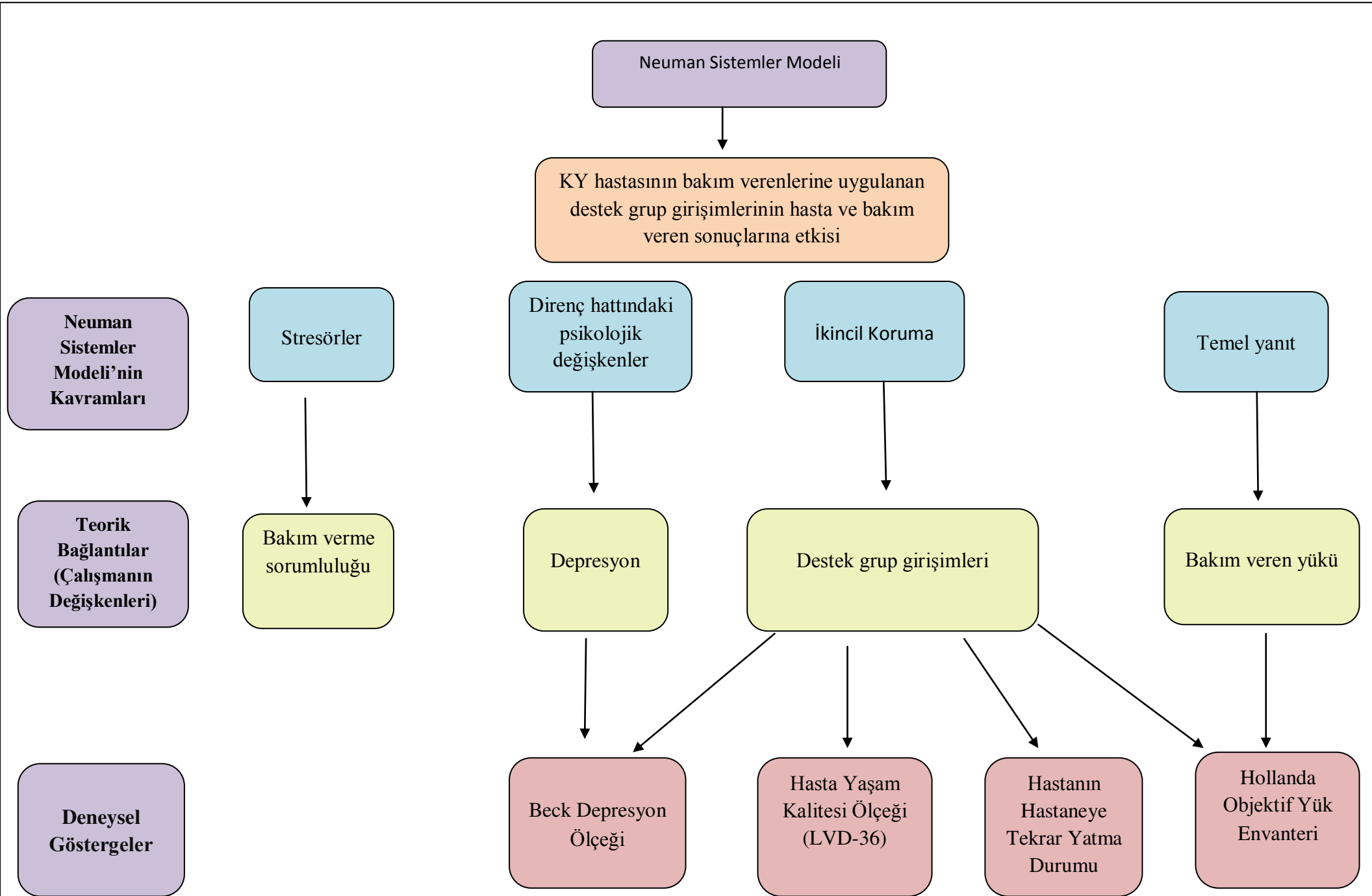
3.2.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmada yer alan ölçeklerin kullanımı ile ilgili gerekli izinler alınmıştır (Ek 10). Araştırmanın amacı hasta ve bakım verenlere yazılı ve sözlü olarak açıklanmıştır. Hasta ve bakım verenlerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmada Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinden kurum izni alınmıştır (Ek 11). Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından **2011/22-19** karar nosu ile **30.06.2011** tarihinde etik kurul onayı verilmiştir (Ek 12).

3.3. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı

Bu çalışmada kullanılan değişkenler Neuman Sistemler Modelinin kavramları ve değişkenleri ile ilişkilendirilmiştir. Hollanda Objektif Yük Envanteri'nin en az bir alt boyutundan 1.5 ve üzeri puan alanlar çalışmaya alınmıştır. Bakım verenlere destek grup toplantıları düzenlenerek direnç hatları güçlendirilmeye ve bakım yükü azaltılmaya çalışılmıştır. Neuman Sistemler Modeli bunu ikincil koruma olarak adlandırmaktadır. İkincil korumanın özelliği strese reaksiyon meydana geldikten sonra uygulanmasıdır, amaç stres oluşuktan sonra bireyi desteklemek ve tepki düzeyini azaltmaktır. Grup içinde aktarılan problemleri fırsat olarak değerlendirerek destek grup üyelerinin iletişim tekniklerini kullanmalarına rehberlik etmek, problem çözme tekniklerini kullanarak mevcut sorununu çözmelerine yardım etmek ikincil korumaya örnektir.

Araştırmanın, Neuman Sistemler Modeli'nin kavramları, araştırmanın değişkenleri ve girişimsel göstergeleri arasındaki ilişki Şekil 7'de gösterilmiştir.



Şekil 7. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneyisel Yapısı

4.2.BULGULAR

4.2.1. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan kontrol ve girişim grubundaki bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri Tablo 13’de verilmiştir. Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 57.00 ± 10.71 , %80’i kadın, tamamı evli, %51.4’ü lise ve üzeri mezunu, %60’ı çalışmıyor, tamamının sosyal güvencesi bulunmakta, %62.9’unun gelir gidere eşit, %48.6’sı hastanın eşidir. Bakım verenlerin %60’ının kronik bir hastalığı bulunmamaktadır ve ortalama bakım verme süresi 8.25 ± 7.98 yıldır. Girişim grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 52.38 ± 12.67 , %67.6’sı kadın, %67.6’sı evli, % 73.5’i lise ve üzeri mezunu, %44.1’i çalışıyor, % 94.1’inin sosyal güvencesi bulunmakta, %47.1’inin geliri gidere eşit, % 61.8’i yetişkin evlat olup %50’sinin kronik bir hastalığı bulunmamaktadır ve ortalama bakım verme süresi 7.02 ± 5.70 ’ dir. Kontrol ve girişim grubundaki bakım verenler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir durumu, hasta ile yakınlık durumu, kronik hastalığı olma durumu ve bakım verme süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Kontrol ve girişim ve grubundaki bakım verenler arasında medeni durum ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 13). Medeni durum ve çalışma durumunun araştırmada kullanılan ölçek puan ortalamalarını etkileyip etkilemediği kovaryans analizi ile değerlendirilmiştir. Medeni durumun değişkenleri anlamlı şekilde etkilemediği ($p > 0.05$), çalışma durumunun ise değişkenleri anlamlı şekilde etkilediği ($p < 0.05$) saptanmıştır. Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılırken çalışma durumu ve medeni durum kontrol değişkeni olarak kullanılıp analizler bu boyutta yapılmıştır.

Tablo 13. Kontrol ve Girişim Grubu Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Bakım verene Ait özellikler	Kontrol grubu (n=35)	Girişim grubu (n=34)	Varyansların Homojenliği
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş Ortalaması	57.00±10.71	52.38±12.67	t=1.636 p=.107
	Sayı %	Sayı %	
Cinsiyet			
Kadın	28(%80.0)	23(%67.6)	$\chi^2=.79^*$
Erkek	7(%20.0)	11(%32.4)	p=.371
Medeni durum			
Evli	35(%100)	23(%67.6)	$\chi^2=11.16^*$
Bekar	0(%0)	11(%32.4)	p=.001
Eğitim durumu			
İlköğretim	17(%48.6)	9(%26.5)	$\chi^2=2.70^*$
Lise ve üzeri	18(%51.4)	25(%73.5)	p=.100
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	4(%11.4)	15(%44.1)	$\chi^2=13.53^*$
Emekli	10(%28.6)	12(%35.4)	
Çalışmıyor	21(%60.0)	7(%20.6)	p=.001
Sosyal güvence			
Var	35(%100)	32(%94.1)	p=.239**
Yok	0(%0)	2(%5.9)	
Gelir durumu			
Gelir giderden fazla	2(%5.7)	4(%11.8)	$\chi^2=1.96$
Gelir gidere eşit	22(%62.9)	16(%47.1)	
Gelir giderden az	11(%31.4)	14(%41.2)	P=.375
Hasta ile yakınlık durumu			
Eşi	17(%48.6)	12(%35.3)	$\chi^2=5.39$
Yetişkin çocuğu	13(%37.1)	21(%61.8)	
Diğer akraba, arkadaş ve diğerleri	5(%14.3)	1(%2.9)	p=.067
Kronik hastalık			
Var	14(%40.0)	17(%50.0)	$\chi^2=.35^*$
Yok	21(%60.0)	17(%50.0)	p=.553
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Bakım süresi (yıl)	8.25±7.98	7.02±5.70	t=.733 p=.466

*n sayısı 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

**Beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher Düzeltmeli χ^2 kullanılmıştır.

4.2.2. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü ve Depresyon Belirtileri Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kontrol ve girişim grubundaki bakım verenlerin bakım veren yükü alt boyut ve depresyon belirtileri puan ortalamaları Tablo 14'te yer almaktadır. Kontrol ve girişim grubunun bakım veren yükü alt boyutları ve depresyon belirtileri başlangıç puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü ve Depresyon Belirtileri Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Kontrol grubu (n=35) $\bar{X} \pm SS$	Girişim grubu (n=34) $\bar{X} \pm SS$	Varyansların Homojenliği t *p
Bakım Veren Yük Puanları			
Kişisel bakım desteği alt boyutu			
Objektif yük	1.93±0.73	1.87±0.63	t=.366 p=.715
Subjektif yük	1.84±0.72	1.81±0.62	t=.193 p=.848
Uygulanabilir destek alt boyutu			
Objektif yük	2.20±0.37	2.34±0.63	t=-1.141 p=.259
Subjektif yük	2.09±0.58	1.89±0.46	t=1.595 p=.115
Motivasyonel destek alt boyutu			
Objektif yük	2.62±0.29	2.46±0.56	t=1.49 p=.141
Subjektif yük	2.22±0.48	2.12±0.52	t=.793 p=.431
Emosyonel destek alt boyutu			
Objektif yük	2.82±0.60	2.70±0.46	t=.943 p=.349
Subjektif yük	2.73±0.48	2.62±0.58	t=.855 p=.396
Beck Depresyon Ölçek Puanları	13.02±8.12	15.58±10.24	t=-1.152 p=.253

* p>0.05

4.2.3. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan kontrol ve girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği KY hastalarının tanıtıcı özellikleri Tablo 15’de verilmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 69.85±12.37 olup %51.4’ü erkek, % 48.6’sı ilköğretim mezunudur ve hepsinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların kalp yetersizliği tanı süresi 9.28±8.40 ve ortalama EF değeri 37.14±15.35’dir. Girişim grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 71.97±10.59 olup %67.6’sı kadın, %50’si ilköğretim mezunudur ve hepsinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kalp yetersizliği süresi 7.41±5.48 ve ortalama EF değeri 34.47±11.52’dir. Kontrol ve girişim grubundaki hastalar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kalp yetersizliği tanı süresi ve EF değeri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05) (Tablo 15).

Tablo 15. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaya Ait özellikler	Kontrol grubu (n=35)	Girişim grubu (n=34)	Varyansların Homojenliği
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş Ortalaması	69.85±12.37	71.97±10.59	t=-.761 p=.449
	Sayı %	Sayı %	
Cinsiyet			$\chi^2=1.852^*$
Kadın	17(%48.6)	23(%67.6)	p=.174
Erkek	18(%51.4)	11(%32.4)	
Eğitim durumu			$\chi^2=0.252$
Okuryazar değil	11(%31.4)	9(%26.5)	p =.882
İlköğretim	17(%48.6)	17(%50)	
Liseve üzeri	7(%20)	8(%23.5)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Kalp yetersizliği süresi (yıl)	9.28±8.40	7.41±5.48	t=1.100 p=.276**
EF değeri	37.14±15.35	34.47±11.52	t=.819 p=.416**

*n sayısı 25’in altında olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır. ** p>0.05

4.2.4. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Hastaların Yaşam Kalitesi Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kontrol ve girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması Tablo 16’te yer almaktadır. Kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 86.19±19.16, girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 80.71±19.71 olup iki grup arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Kontrol ve Girişim Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Hastaların Yaşam Kalitesi Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol grubu (n=35) $\bar{X} \pm SS$	Girişim grubu (n=34) $\bar{X} \pm SS$	Varyansların Homojenliği
LVD-36 Puanları	86.19±19.16	80.71±19.71	t=1.169 *p=.247

* $p>0.05$

4.2.5. Bakım Verenlere Uygulanan Destek Grup Girişiminin Bakım Veren ve Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hasta Sonuçlarına Etkisi

Tablo 17. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	1.87±0.63	1.64±0.38	1.74±0.44		
Kontrol	1.93±0.73	1.90±0.72	1.95±0.74		
Grup				1.511	0.223
Zaman				0.678	0.509
Grup*Zaman				1.731	0.181

Tablo 17’de Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 1.87±0.63, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 1.64±0.38, posttest 2 (6. ay izlem) 1.74±0.44 olduğu, kontrol grubunun pretest 1.93±0.73, posttest 1’de 1.90±0.72 ve posttest 2’de 1.95±0.74 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri objektif kişisel bakım alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=1.511, p=0.223), zaman (F=0.678, p=0.509) ve grup*zaman (F=1.731, p=0.181) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında gruba, zamana ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	1.87±0.63	1.64±0.38	1.74±0.44	11.943	0.000
Kontrol	1.93±0.73	1.90±0.72	1.95±0.74	1.072	0.348
t	0.366	-1.882	1.407		
p	0.715	0.065	0.165		

Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($F=11.943$, $p=0.000$) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=1.072$, $p=0.348$) (Tablo 18). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek $0.05/3=0.016$ olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest ve posttest 1 arasında ($t=4.036$, $p=0.000$) ve posttest 1 ve posttest 2 ($t=-4.308$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, pretest ve posttest 2 ($t=2.382$, $p=0.023$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır.

Tablo 19. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	1.81±0.62	1.61±0.36	1.65±0.38		
Kontrol	1.84±0.72	1.85±0.70	1.86±0.70		
Grup				1.057	0.308
Zaman				12.573	0.000
Grup*Zaman				10.351	0.000

Tablo 19’da Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 1.81±0.62 posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 1.61±0.36, posttest 2 (6. ay izlem) 1.65±0.38 olduğu, kontrol grubunun ise pretest 1.84±0.72, posttest 1’de 1.85±0.70 ve posttest 2’de 1.86±0.70 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri subjektif kişisel bakım alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=1.057, p=0.308), zaman (F=12.573, p=0.000) ve grup*zaman (F=10.351, p=0.000) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında zamana ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 20. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Kişisel Bakım Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	1.81±0.62	1.61±0.36	1.65±0.38	8.796	0.000
Kontrol	1.84±0.72	1.85±0.70	1.86±0.70	0.936	0.397
t	0.193	1.747	1.549		
p	0.848	0.087	0.127		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest (t= 0.193, p=0.848), posttest 1 (t= 1.747, p=0.087) ve posttest 2 (t=1.549, p=0.127) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (F=8.796, p=0.000) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı (F=0.936, p=0.397) saptanmıştır (Tablo 20). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek 0.05/3=0.016 olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest ve posttest 1 arasında (t=3.226, p=0.003), posttest 1 ve posttest 2 (t=-3.423, p=0.002) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanırken pretest ve posttest 2 (t=2.650, p=0.012) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır.

Tablo 21. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2		
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p
Girişim	1.89±0.46	1.82±0.40	1.86±0.43		
Kontrol	2.20±0.37	2.16±0.16	2.22±0.22		
			Grup	2.473	0.121
			Zaman	2.550	0.082
			Grup*Zaman	9.441	0.000

Tablo 21’de Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 1.89±0.46, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 1.82±0.40, posttest 2 (6. ay izlem) 1.86±0.43 olduğu, kontrol grubunun pretest 2.20±0.37, posttest 1’de 2.16±0.16 ve posttest 2’de 2.22±0.22 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri objektif uygulanabilir destek alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=2.473, p=0.121), zaman (F=2.550, p=0.082) ve grup*zaman (F=9.441, p=0.000) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında sadece grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 22. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	1.89±0.46	1.82±0.40	1.86±0.43	28.719	0.000
Kontrol	2.20±0.37	2.16±0.16	2.22±0.22	0.654	0.523
t	-1.141	3.631	3.129		
p	0.259	0.001	0.003		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest ($t=-1.141$, $p=0.259$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, posttest 1 ($t=3.631$, $p=0.001$) ve posttest 2 ($t=3.129$, $p=0.003$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 22).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($F=28.719$, $p=0.000$) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı ($F=0.654$, $p=0.523$) saptanmıştır (Tablo 22). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek $0.05/3=0.016$ olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest ve posttest 1 arasında ($t=5.739$, $p=0.000$), posttest 1 ve posttest 2 ($t=-2.925$, $p=0.006$) ve pretest ve posttest 2 ($t=5.118$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır.

Tablo 23. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman Grup	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.34±0.63	1.91±0.36	1.98±0.40		
Kontrol	2.09±0.58	2.08±0.53	2.13±0.53		
			Grup	2.511	0.118
			Zaman	4.275	0.016
			Grup*Zaman	0.042	0.959

Tablo 23'te Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 2.34±0.63, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 1.91±0.36, posttest 2 (6. ay izlem) 1.98±0.40 olduğu, kontrol grubunun pretest 2.09±0.58, posttest 1'de 2.08±0.53 ve posttest 2'de 2.13±0.53 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri subjektif uygulanabilir destek alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=2.511, p=0.118), zaman (F=4.275, p=0.016) ve grup*zaman (F=0.042, p=0.959) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında sadece zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 24. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Uygulanabilir Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman Grup	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.34±0.63	1.91±0.36	1.98±0.40	3.015	0.056
Kontrol	2.09±0.58	2.08±0.53	2.13±0.53	1.000	0.373
t	1.595	2.300	2.310		
p	0.115	0.025	0.024		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest (t=1.595, p=0.115) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, posttest 1 (t=2.300, p=0.025) ve posttest 2 (t=2.310, p=0.024) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 24).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim (F=3.015, p=0.056) ve kontrol grubunun (F=1.000, p=0.373) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 25. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Motivasyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman Grup	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.46±0.56	2.03±0.36	2.05±0.36		
Kontrol	2.62±0.29	2.70±0.17	2.68±0.18		
			Grup	32.081	0.000
			Zaman	1.883	0.156
			Grup*Zaman	24.871	0.000

Tablo 25’te Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Motivasyonel Destek Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 2.46±0.56, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 2.03±0.36, posttest 2 (6. ay izlem) 2.05±0.36 olduğu, kontrol grubunun ise pretest 2.62±0.29, posttest 1’de 2.70±0.17 ve posttest 2’de 2.68±0.18 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri objektif motivasyonel destek alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=32.081, p=0.000), zaman (F=1.883, p=0.156) ve grup*zaman (F=24.871, p=0.000) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında gruba ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 26. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Motivasyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.46±0.56	2.03±0.36	2.05±0.36	28.879	0.000
Kontrol	2.62±0.29	2.70±0.17	2.68±0.18	6.051	0.004
t	1.496	9.641	8.942		
p	0.141	0.000	0.000		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest (t=1.496, p=0.141) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken posttest 1 (t=9.641, p=0.000) ve posttest 2 (t=8.942, p=0.000) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 26)

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (F=28.879, p=0.000) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu (F=6.051, p=0.004) saptanmıştır (Tablo 26). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek 0.05/3=0.016 olarak belirlenmiştir. Yapılan analizde; girişim grubunda pretest-posttest 1 arasında (t=5.369 p=0.000) ve pretest-posttest 2 (t=5.418, p=0.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu, posttest 1-posttest 2 (t=-1.537, p=0.134) arasında ise anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise pretest-posttest 1 arasında (t=-3.018 p=0.005) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu, pretest-posttest 2 (t=-2.027, p=0.051) arasında ve posttest 1-posttest 2 (t=1.675, p=0.103) arasında ise anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 27. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Motivasyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman Grup	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.12±0.52	1.87±0.29	1.90±0.31		
Kontrol	2.22±0.48	2.23±0.48	2.24±0.47		
Grup				3.994	0.050
Zaman				0.030	0.971
Grup*Zaman				3.506	0.033

Tablo 27’de Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Motivasyonel Destek Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 2.12±0.52 posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 1.87±0.29, posttest 2 (6. ay izlem) 1.90±0.31 olduğu, kontrol grubunun ise pretest 2.22±0.48, posttest 1’de 2.23±0.48 ve posttest 2’de 2.24±0.47 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri subjektif motivasyonel destek alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=3.994, p=0.050), zaman (F=0.030, p=0.971) ve grup*zaman (F=3.506, p=0.033) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında sadece grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 28. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Motivasyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.12±0.52	1.87±0.29	1.90±0.31	15.991	0.000
Kontrol	2.22±0.48	2.23±0.48	2.24±0.47	0.105	0.901
t	0.793	3.722	3.569		
p	0.431	0.000	0.001		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest (t=0.793, p=0.431) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken posttest 1 (t=3.722, p=0.000) ve posttest 2 (t=3.569, p=0.001) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 28).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (F=15.991, p=0.000) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı (F=0.105, p=0.901) saptanmıştır (Tablo 28). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek 0.05/3=0.016 olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest ve posttest 1 arasında (t=4.192, p=0.000), posttest 1 ve posttest 2 (t=-3.447, p=0.002) arasında ve pretest ve posttest 2 (t=3.800, p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 29. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Emosyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2		
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p
Girişim	2.70±0.46	2.15±0.36	2.23±0.34		
Kontrol	2.82±0.60	2.77±0.15	2.80±0.07		
Grup				32.025	0.000
Zaman				0.060	0.942
Grup*Zaman				10.731	0.000

Tablo 29’da Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Emosyonel Destek Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 2.70±0.46, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 2.15±0.36, posttest 2 (6. ay izlem) 2.23±0.34 olduğu, kontrol grubunun ise pretest 2.82±0.60, posttest 1’de 2.77±0.15 ve posttest 2’de 2.80±0.07 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri objektif emosyonel destek alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=32.025, p=0.000), zaman (F=0.060, p=0.942) ve grup*zaman (F=10.731, p=0.000) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında gruba ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır (Tablo 29).

Tablo 30. Hollanda Objektif Yük Envanteri Objektif Emosyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.70±0.46	2.15±0.36	2.23±0.34	43.827	0.000
Kontrol	2.82±0.60	2.77±0.15	2.80±0.07	0.172	0.843
t	0.943	9.222	9.469		
p	0.349	0.000	0.000		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest (t=0.943, p=0.349) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken posttest 1 (t=9.222, p=0.000) ve posttest 2 (t=9.469, p=0.000) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 30).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ((F=43.827, p=0.000) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı (F=0.172, p=0.843) saptanmıştır (Tablo 30). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek 0.05/3=0.016 olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest ve posttest 1 arasında (t=6.826 p=0.000), posttest 1 ve posttest 2 (t=-3.651, p=0.001) ve pretest ve posttest 2 (t=6.543, p=0.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 31. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Emosyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman Grup	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.62±0.58	2.10±0.45	2.17±0.45		
Kontrol	2.73±0.48	2.67±0.47	2.70±0.50		
Grup				6.670	0.012
Zaman				1.934	0.149
Grup*Zaman				19.070	0.000

Tablo 31’de Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Emosyonel Destek Alt Boyut Puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 2.62±0.58, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 2.10±0.45, posttest 2’de (6. ay izlem) 2.17±0.45 olduğu, kontrol grubunun ise pretest 2.73±0.48, posttest 1’de 2.67±0.47 ve posttest 2’de 2.70±0.50 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Hollanda Objektif Yük Envanteri subjektif emosyonel destek alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=6.670, p=0.012), zaman (F=1.934, p=0.149) ve grup*zaman (F=19.070, p=0.000) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında gruba ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 31).

Tablo 32. Hollanda Objektif Yük Envanteri Subjektif Emosyonel Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	2.62±0.58	2.10±0.45	2.17±0.45	43.218	0.000
Kontrol	2.73±0.48	2.67±0.47	2.70±0.50	0.745	0.479
t	0.855	5.089	4.632		
p	0.396	0.000	0.000		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest (t=0.855, p=0.396) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken posttest 1 (t=5.089, p=0.000) ve posttest 2 (t=4.632, p=0.000) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 32).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (F=43.218, p=0.000) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı (F=0.745, p=0.479) saptanmıştır (Tablo 32). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek 0.05/3=0.016 olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest-posttest 1 arasında (t=6.748, p=0.000), posttest 1-posttest 2 (t=-3.656, p=0.001) arasında ve pretest-posttest 2 (t=6.523, p=0.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır.

Tablo 33. Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup \ Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	15.58±10.24	12.79±6.26	13.67±6.40		
Kontrol	13.02±8.12	12.51±7.50	12.62±7.64		
Grup				1.288	0.261
Zaman				3.648	0.029
Grup*Zaman				6.208	0.003

Tablo 33’de Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 15.58±10.24, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 12.79±6.26, posttest 2 (6. ay izlem) 13.67±6.40 olduğu, kontrol grubunun ise pretest 13.02±8.12, posttest 1’de 12.51±7.50 ve posttest 2’de 12.62±7.64 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=1.288, p=0.261), zaman (F=3.648, p=0.029) ve grup*zaman (F=6.208, p=0.003) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında zamana ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 33).

Tablo 34. Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	15.58±10.24	12.79±6.26	13.67±6.40	7.894	0.001
Kontrol	13.02±8.12	12.51±7.50	12.62±7.64	0.480	0.621
t	-1.152	-0.168	-0.616		
p	0.253	0.867	0.540		

Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun pretest ($t=-1.152$, $p=0.253$) ve posttest 1 ($t=-0.168$, $p=0.867$) ve posttest 2 ($t=-0.616$, $p=0.540$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 34).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($F=7.894$, $p=0.001$) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı ($F=0.480$, $p=0.621$) saptanmıştır (Tablo 34). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek $0.05/3=0.016$ olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest ve posttest 1 arasında ($t=3.238$, $p=0.003$) ve posttest 1 ve posttest 2 ($t=-4.480$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken pretest ve posttest 2 ($t=2.183$, $p=0.036$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır.

Tablo 35. Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının LVD-36 Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2		
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p
Girişim	80.71±19.71	76.63±19.37	77.94±17.98		
Kontrol	86.19±19.16	84.92±20.79	84.12±20.66		
			Grup	2.613	0.111
			Zaman	0.152	0.860
			Grup*Zaman	0.800	0.451

Tablo 35’de hastaların LVD-36 ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun pretest (girişim öncesi) 80.71±19.71, posttest 1 (3.ay izlem) ölçümde 76.63±19.37, posttest 2 (6. ay izlem) 77.94±17.98 olduğu, kontrol grubunun ise pretest 86.19±19.16, posttest 1’de 84.92±20.79 ve posttest 2’de 84.12±20.66 olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu hastaların LVD-36 ölçeği puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=2.613, p=0.111), zaman (F=0.152, p=0.860) ve grup*zaman (F=0.800, p=0.451) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 35).

Tablo 36. Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının LVD-36 Ölçeği Puan Ortalamalarının İleri Analizleri

Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
Grup	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Girişim	80.71±19.71	76.63±19.37	77.94±17.98	7.703	0.001
Kontrol	86.19±19.16	84.92±20.79	84.12±20.66	1.070	0.349
t	1.169	1.711	1.325		
p	0.247	0.092	0.190		

Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($F=7.703$, $p=0.001$) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=1.070$, $p=0.349$) (Tablo 36). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünerek $0.05/3=0.016$ olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda pretest ve posttest 1 arasında ($t=3.288$, $p=0.002$), posttest 1 ve posttest 2 ($t=-2.954$, $p=0.006$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu, diğer pretest ve posttest 2 ($t=2.162$, $p=0.038$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır.

Tablo 37. Bakım Verenlerin Bakım Verdiği Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastaneye Tekrar Yatma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	0-3 Ay İçinde		3-6 Ay İçinde	
	Tekrar Yatma		Tekrar Yatma	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	Sayı	%	Sayı	%
Girişim grubu (n=34)	8	(23.5)	26	(76.5)
Kontrol grubu (n=35)	13	(37.1)	22	(62.9)
			11	(31.4)
			24	(68.6)
	$\chi^2=0.935^*$		$\chi^2=0.036^*$	
	p=0.334		p=0.851	

*n sayısı 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

Kontrol ve girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği kalp yetersizliği hastaların hastaneye tekrar yatma durumları Tablo 35'te yer almaktadır. Girişim grubundaki hastaların %23.5'i üç ay içinde, %26.5'i 3-6 ay arasında, kontrol grubundaki hastaların %37.1'i üç ay içinde, %31.4'ü 3-6 ay arasında hastaneye tekrar yattığı bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubu arasında tekrar yatma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 37).

5.2.TARTISMA

Kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin hasta ve bakım veren sonuçları üzerindeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada tartışma bölümü aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

- Bakım verenlere uygulanan destek grup girişiminin bakım veren sonuçlarına etkisi
- Bakım verenlere uygulanan destek grup girişiminin bakım verdiği hasta sonuçlarına etkisi

5.2.1. Bakım verenlere uygulanan destek grup girişiminin bakım veren sonuçlarına etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerinin bakım yükü objektif kişisel bakım alt boyut puanları arasında grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark bulunmasa da yapılan ileri analizde girişim grubunda bakım verenlerin yük ortalamaları girişim öncesine göre üçüncü ayda anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Kontrol grubunda ise bakım verenlerin yük puan ortalamaları artış göstermektedir ve kendi içerisindeki başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 18). Bu durumda çalışmanın hipotezlerinden H_{1a1} red edilmiş olup H_{1a2} kısmen kabul edilmiştir. Bu sonuçlara göre objektif kişisel bakım alt boyutunda gruplar arası ve grup*zaman etkileşimi açısından fark olmamasının nedeni hastanın özbakım ihtiyaçları, yürüme, merdiven çıkma gibi aktivitelerde yardım istememesi nedeniyle olabileceği, bakım verenlerin hastaya bu konudaki destek miktarlarının az olabileceği ve bu nedenle yük hissetmeyecekleri düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol grubu bakım verenlerinin bakım yükü subjektif kişisel bakım alt boyut puanları arasında grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubunda bakım verenlerin yük ortalamaları girişim öncesine göre üçüncü ayda anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Kontrol grubunda ise bakım verenlerin yük puan ortalamaları artış göstermektedir ve kendi içerisindeki başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında klinik olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu durumda çalışmanın hipotezlerinden H_{1b1} red edilmiş olup H_{1b2} kısmen kabul edilmiştir. Bu sonuçlara göre yapılan destek grup girişimlerinin bakım verenlerin hastanın giyinmesi, yemek yemesi, yürümesi gibi kişisel bakım ihtiyaçları konusunda destek verdikleri ve verdikleri bu desteği subjektif yük

olarak algılamalarının azaldığı bulunmuştur (Tablo 20). Türk toplumunun yapısında hastaya kişisel olarak destek vermenin ve günlük ev işlerini takip etmenin bakım verenlerde yük oluşturmadığı bunun nedeni olarak bakım verenin bu işleri kendi sorumluluğu olarak görmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer bir neden olarak da hastanın özbakımına yardım etme gibi kişisel destek ihtiyaçlarının bir yük göstergesi olarak algılanmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol grubu bakım verenlerinin bakım yükü objektif uygulanabilir destek alt boyut puanları arasında grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubunda bakım verenlerin yük ortalamaları girişim öncesine göre üçüncü ayda ve girişim öncesine göre altıncı ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Kontrol grubunda ise bakım verenlerin yük puan ortalamaları artış göstermektedir ve kendi içerisindeki başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında klinik olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 22). Bakım verenlerinin bakım yükü objektif uygulanabilir boyutta gruplar arasında fark bulunmasada ileri analizde üçüncü ve altıncı aylar arasında girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Bu durumda çalışmanın hipotezlerinden H_{2a1} red edilmiş olup H_{2a2} kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerinin bakım yükü subjektif uygulanabilir destek alt boyut puanları arasında grup açısından anlamlı fark bulunmasa da zaman açısından anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizde girişim grubunda bakım verenlerin yük ortalamaları girişim öncesine göre üçüncü ayda ve girişim öncesine göre altıncı ayda azalma göstermiştir ancak bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 24). Bakım verenlerinin bakım yükü subjektif uygulanabilir boyutta gruplar arasında fark bulunmasada ileri analizde üçüncü ve altıncı aylar arasında girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Bu durumda çalışmanın hipotezlerinden H_{2b1} ve H_{2b2} red edilmiştir. Yapılan destek grup toplantılarında hastayı yapabildikleri aktiviteler konusunda desteklemek ve izin vermek gibi konularda paylaşımların olmasından dolayı bakım verenlerin ev işi-alışveriş gibi uygulanabilir boyuttaki destekleri hastaya yapabildiği ölçüde izin vermeleri nedeniyle objektif uygulanabilir yüklerinin azalabileceği düşünülmektedir fakat hastanın yapamadığı ve bakım verenin yapmak zorunda olduğu ev işi ve alışveriş gibi görevlerin bakım verenin yük algısını değiştirmeyebileceği ve yük olarak algılamasının devam edebileceği düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol grubu bakım verenlerinin bakım yükü objektif motivasyonel destek alt boyut puanları arasında gruplar arasında ve grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubunda bakım verenlerin yük ortalamaları girişim öncesine göre üçüncü ayda ve girişim öncesine göre altıncı ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Kontrol grubunda bakım verenlerin başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 26). Ancak puan ortalamalarına bakıldığında yük puan ortalamalarının artış gösterdiği görülmektedir. Bu durumda çalışmanın hipotezlerinden H_{3a1} ve H_{3a2} kabul edilmiştir. Bakım verenlerin yüklerinin azalmasını etkileyen faktörün hastaların üçüncü ayda yaşam kalitesindeki artış nedeniyle kendilerini daha iyi hissetmeleri ve bakım verenleri tarafından yapılan motivasyona ihtiyaç duymamaları nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol grubu bakım verenlerinin bakım yükü subjektif motivasyonel destek alt boyut puanları arasında grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubunda bakım verenlerin yük ortalamaları girişim öncesine göre üçüncü ayda, girişim öncesine göre altıncı ayda anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Kontrol grubunda ise bakım verenlerin yük puan ortalamaları artış göstermektedir ve kendi içerisindeki başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında klinik olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 28). Bakım verenlerinin bakım yükü subjektif motivasyonel boyutta gruplar arasında fark bulunmasada ileri analizde üçüncü ve altıncı aylar arasında girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Bu durumda çalışmanın hipotezlerinden H_{3b1} red edilmiş olup H_{3b2} kabul edilmiştir. Yapılan destek grup girişimleri sayesinde hastayı motive ederken yaşadıkları problemlerin konuşulması ve birbirlerinden destek almasının sonucu olarak bakım verenlerin hem objektif hem subjektif açıdan motivasyonel yüklerinin azaldığı bulunmuştur. Bu anlamda bakım verenlerin hastayı motive etme konusunda var olan problemlerle daha iyi baş edebildikleri ve sorunları daha kolay çözebildikleri bunun göstergesi olarakta yüklerinin azaldığı düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol grubu bakım verenlerinin bakım yükü objektif ve subjektif bölümde emosyonel destek alt boyut puanları arasında gruplar arasında ve grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubunda bakım verenlerin yük ortalamaları girişim öncesine göre üçüncü ayda ve girişim öncesine göre altıncı ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Kontrol grubunda ise bakım

verenlerin yük puan ortalamaları artış göstermektedir ve kendi içerisindeki başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında klinik olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 30, Tablo 32). Bu durumda çalışmanın hipotezlerinden H_{4a1} , H_{4a2} , H_{4b1} ve H_{4b2} kabul edilmiştir. Bu sonuçlara göre yapılan destek grup girişimlerinin bakım verenlerin hastayı rahatlatma, anlayış gösterme, anksiyetesini azaltmak için konuşma gibi konularda emosyonel destek verdikleri ve bu desteği girişim öncesinde yük olarak algılamak girişim sonrasında emosyonel yük olarak algılamalarının azaldığı bulunmuştur. Yapılan destek grup girişimlerinin bakım verenlerin hem objektif hem subjektif emosyonel boyutta ileri derece anlamlı olması destek grup girişimlerin bakım verenin emosyonel boyuttaki yük algısını azaltmada oldukça etkili olduğunu göstermektedir. Kültürel özelliklerimizi düşündüğümüzde problemleri paylaşmanın ve destek almak için sorunları anlatmanın ve çözüm önerilerini dinlemenin psikolojik olarak bireyleri rahatlattığı düşünülmektedir. Bu anlamda destek grup toplantılarında paylaşımların olması, baş etme yeteneklerin güçlenmesi, hastanın psikolojik problemleri ile uğraşırken ve onlara psikolojik açıdan destek verirken girişim öncesine göre algıladıkları yükün azalması bakım verenlerin emosyonel olarak stresle daha iyi baş edebildiğini göstermiştir. Bu anlamda bakım verenlerin emosyonel yükünün objektif ve subjektif açıdan azaltılması için destek grubun oldukça etkin bir girişim olduğu söylenebilir.

Bakım veren yükü tüm alt boyutlarda değerlendirildiğinde girişim grubu bakım verenlerin objektif ve subjektif yük boyutunda sırasıyla en fazla emosyonel, motivasyonel, uygulanabilir ve en son kişisel bakım desteği boyutlarında yük hissettikleri bulunmuştur (Tablo 14). Yapılan destek grup girişimleri sonrası puan ortalamaları değerlendirildiğinde en iyi sonuçlar bakım verenin en fazla yük hissettiği boyutlarda olmuştur yani bakım verenin en fazla yük hissettiği emosyonel sonra motivasyonel, uygulanabilir ve en son kişisel bakım desteği ortalamalarını etkilemiştir. Bu anlamda yapılan destek grup girişimlerinin bakım veren yükünü azaltmada oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde Hollanda Objektif Yük Envanteri kullanarak bakım veren yükünü değerlendiren üç çalışmaya ulaşılmıştır. İlk çalışma ölçeği geliştiren Luttik ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış olup sadece objektif bölümü çalışılmıştır ve bakım veren yükünün en yüksek uygulanabilir boyutta daha sonra emosyonel sonra motivasyonel ve en son kişisel bakım boyutunda olduğu bulunmuştur. Makdessi ve arkadaşlarının (2011) ölçeğin Kanada toplumu için yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışmasında bakım veren yükü sadece objektif boyutunda değerlendirilmiş olup sırasıyla en yüksek emosyonel, uygulanabilir, motivasyonel ve en son kişisel bakım boyutunda olduğu

bulunmuştur. Bu anlamda çalışma sonuçlarımız alt boyutlara göre yük açısından değerlendirildiğinde en yüksek emosyonel boyutta, en düşük kişisel bakım boyutunda olması açısından Makdessi ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışma ile paralellik göstermektedir. Bu çalışmalar dışında Hwang ve arkadaşlarının (2010) envanteri kullanarak bakım veren yükünü sadece objektif bölüme göre tanımlayıcı olarak değerlendirdikleri çalışma sonucunda bakım verenlerin %41'inin hastalara emosyonel boyutta ve %40'ının kişisel bakım boyutunda destek verdikleri bulunmuştur. Bakım veren yükü puan ortalaması verilmediği ve bakım verenlerin yükünü değerlendirmede literatürde Hollanda Objektif Yük Envanterini kullanan başka çalışmaya ulaşılamadığı için çalışma sonuçları alt boyutları ilgili literatürle tartışılamamıştır.

Çalışma sonucumuza göre girişim grubunda zaman içerisinde bakım verenlerin yük düzeylerinde anlamlı düzeyde iyileşme olduğu söylenebilir. Bakım veren yük ölçeğinin tüm alt boyutlarında puan ortalamaları altıncı ayda artış göstermiştir ve bu artış başlangıç puanına göre anlamsız olmasına rağmen bakım verene yapılan girişimlerin uzun dönemde etkili olmadığını düşündürmektedir. Bu anlamda bakım verenlerin bakım yükü üçüncü ay puanları azalma gösterirken altıncı aya doğru tekrar artış göstermesinin nedeninin bakım verenlerin hasta ile aynı evde yaşıyor olması ve bakım verme stresinin hala devam ediyor olmasından kaynaklanabileceği ve yapılan destek grup girişimlerinin uzun dönemde etkisinin azalmış olabileceği düşünülmektedir. Garlo ve arkadaşlarının (2010) kalp yetersizliği hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada 12 aylık izlem süresinde zamanla bakım verenlerin yükünün giderek arttığı bulunmuştur. Yüksek yük algısının bakım verenlerin günlük görevlerinde daha fazla desteğe ihtiyaç duymaları nedeniyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Yükün zaman geçtikçe artması çalışmamız sonucunu destekler niteliktedir. Etemadifar ve arkadaşlarının (2014) destek grup eğitim girişimlerinin kalp yetersizliği hastasına bakım veren yükü üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada destek grup girişimleri sonucunda girişim grubunun bakım veren yükleri girişim öncesine göre birinci ayda anlamlı bir azalma gösterirken üç ay sonra bakım veren yük puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur. Bakımveren yükünün zaman içerisinde artması bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir. Yapılan girişimlerimizin sonucu olarak yükün azalması hatta değişmeden kalması bile yapılan girişimin etkinliğini göstermektedir.

Literatürde Neuman Sistemler Modeline göre yapılandırılan destek grup çalışmaları demans hastasına bakım verenler (Demir 2012) ve engelli çocuğu olan ebeveynlerde (Tatar

Yüksel 2008) yapılmıştır fakat kalp yetersizliği hastasına bakım verenler üzerine NSM kullanılarak yapılan destek grup çalışmasına ulaşılammıştır. Bu anlamda çalışmamız kalp yetersizliği literatüründe bakım verenlere NSM kullanarak yapılandırılan destek grup girişimlerinin bakım yükünü azaltmada etkili olduğunu göstermesi açısından sınırlı olan çalışmalara örnek olabilecek niteliktedir ve model kullanılarak yapılan ilk destek grup girişim çalışması olması nedeniyle alandaki boşluğu kapatabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, modelde temel yanıt olarak ele alınan bakım yükü azaltılmaya çalışılmıştır. bakım veren yükü ölçeğinden 1.5 ve üzerinde alan bakım verenler çalışmaya alındığı için Neuman'ın tanımladığı ikincil korumaya yönelik girişim uygulanmıştır. NSM' deki esnek savunma hattının bakım verme stresi nedeniyle kırıldığı ve bakım verme sorumluluğunun büyük bir stresör olması nedeniyle normal savunma hattının aktive olduğu düşünüldüğü için girişimler direnç hatlarını güçlendirmeye yönelik yapılmıştır. Bakım veren destek grup toplantılarında NSM'nin veri toplamak için oluşturduğu altı sorudan yararlanılmıştır. Bakım verenler bu süreçte yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal, gelişimsel ve spiritüel stresörleri destek grup toplantılarında paylaşmış ve grup üyeleri tarafından çözüm önerileri getirilerek birbirlerine destek olmaları sağlanmıştır. Girişim sonrası bakımveren yükünde azalma olması Neuman'ın ikincil koruma ile temel yanıtın azaltılabileceği önermesini doğrulamaktadır. Bakım verenler destek grup toplantıları sonrası sözel olarak iyi olma duygusunu sık sık ifade etmişlerdir. Toplantı sonrası bakım verenlerin kendilerini yalnız hissetmedikleri, fiziksel ve psikolojik olarak daha güçlü hissettikleri ve problemlerle daha kolay baş edebildikleri ve yaşadıkları stresin azaldığı ifade edilmiştir ancak çalışmamızda bu değişkenler değerlendirilmemiştir.

Girişim ve kontrol grubu bakım verenlerinin depresyon belirtileri puanları arasında grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubunda depresyon belirtileri puanları girişim öncesine göre üçüncü ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma göstermektedir. Kontrol grubunda ise bakım verenlerinin depresyon belirtileri puanları artış göstermektedir ve kendi içerisindeki başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 34). Bu sonuca göre çalışmanın hipotezlerinden H_{5a} red edilmiş olup H_{5b} kısmen kabul edilmiştir.

Literatürde kalp yetersizliği hastasına bakım verenlerle yapılan tanımlayıcı çalışmalarda bakım verenlerin depresyon düzeylerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bazı çalışmalarda kalp yetersizliği bakım verenlerinin depresyon belirtileri puanlarının oldukça yüksek

olduğu (Pihl, Jacobson, Fridlund, Strömberg ve ark. 2005; Saunders 2008) bazı çalışmalarda ise bakım verenlerin depresyon belirtileri puanlarının düşük (Martensson, Dracup, Canary ve Fridlund. 2003; Schwarz ve Elman 2003; Hooley, Butler ve Howlett. 2005; Luttik, Leegte ve Jaarsma 2009; Agren, Evangelista ve Strömberg 2010) olduğu bulunmuştur.

Kalp yetersizliği bakımverenlerine yapılan girişimlerin depresyon belirtilerine etkisini inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Schwarz ve arkadaşlarının (2008) kalp yetersizliği hastalarına bakım verenler üzerinde yaptığı eğitim girişimi sonucuna göre bakım verenlerin depresif semptomlarının azalmadığı bulunmuştur. Dunbar ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada kalp yetersizliği bakım verenlerine verilen eğitim ve destek girişiminin bakım verenlerin depresyon belirtileri puanı açısından girişim ve kontrol grubu arasında fark olmadığı bulunmuştur. Aynı şekilde Cockayne ve arkadaşlarının (2014) kalp yetersizliği bakım verenlerine yaptığı destek grup girişim çalışmasında bakım verenlerin depresyon düzeyinin azalmadığı bulunmuştur. Buna karşın Jaarsma ve arkadaşlarının (2010) kalp yetersizliği bakım verenlerinde depresyon düzeylerini incelediği çalışmada yapılan girişimlerin bakım verenlerin depresif semptomları azalttığı bulunmuştur. Çalışmamızda girişim grubunda üçüncü ayda bakım verenlerin depresyon belirtilerinde anlamlı biçimde azalma olduğu bulunmuştur. Destek grup toplantılarında NSM'nin beş değişkeninden biri olarak ele alınan psikolojik boyutta stresörlerin destek grup toplantılarında paylaşılması ve çözüm önerilerinin sunulması ile yapılan ikincil koruma düzeyindeki girişimin depresyon belirtilerini azaltmada etkin olduğu düşünülmektedir. Buna karşın depresyon puan ortalamalarına bakıldığında girişim grubunda altıncı ayda üçüncü aya göre azda olsa bir artış gözlenmiştir. Bu durumun nedeni olarak depresyonun günlük yaşam süreci içinde birçok durumsal faktörden etkilenmesi bu nedenle iyileşmenin zor olabileceği düşünülmektedir. Birçok durumdan etkilendikleri için bakım sürecinde giderek kötüleşen ve olumlu yönde değiştirilmesi güç olan bu kavramın zaman içerisinde iyileşme göstermesi ve hatta değişmeden aynı düzeyde kalması bile yapılan girişim sonuçlarının klinik olarak etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ancak bakım verenlerin depresyon düzeyini azaltmayı hedefleyen araştırmamızda, yapılan girişimlerin süresinin, depresyon gibi iyileştirilmesi zor ve zaman alan bir kavramda beklenen etkiyi yaratmak konusunda iki grup arasında fark yaratmak açısından yetersiz kalmış olabileceği bu nedenle daha uzun süreli girişimlerle değerlendirilecek çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.2.2. Bakım verenlere uygulanan destek grup girişiminin bakım verdiği kalp yetersizliği hasta sonuçlarına etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanları arasında grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark bulunmasa da yapılan ileri analizde girişim grubunun kendi içinde üçüncü ayda yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (Tablo 36). Bu sonuca göre çalışmanın hipotezlerinden H_{6a}.red edilmiş olup H_{6b} kısmen kabul edilmiştir. Literatürde hastaya yapılan girişimlerin yaşam kalitesine etkisini inceleyen oldukça fazla çalışmaya ulaşılrken bakım verene yapılan girişimlerin hastaların yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Arestedt ve arkadaşlarının (2012) kalp yetersizliği hastalarında sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmada hastalara bakım verenleri tarafından verilen bakım desteğinin hastaların yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Buna karşın litaratürde kalp yetersizliği hastalarının bakım verenlerine verilen eğitimin hastanın yaşam kalitesini arttırmadığını saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (Schwarz ve ark. 2008; Cockayne ve ark. 2014). Bu durum kalp yetersizliği hastalığının ani kötüye gidişi, yönetiminin zor olması ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği hastaların yaşam kalitesinde artış gözlenmekle beraber kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacak bir iyileşme sağlanamamış olmasının nedeninin girişim süresinin kısa olmasından ve hastalara doğrudan bir girişim yapılmamış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan girişimlerin kısa dönemde etkili olduğu fakat uzun dönemde etkisinin azaldığı bunun da kalp yetersizliği hastası için altı ayın uzun bir süre olması ve bu süreçte kronik durumunun giderek ağırlaşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesi, hastalığın kronik, ilerleyici ve birçok faktörden etkilenen yapısı nedeniyle değiştirmesi ve geliştirmesi zor parametrelerinden biri olarak düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol grubu arasında hastaların tekrar yatma durumu açısından üç ay ve üç-altı ay içinde tekrar yatma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($\chi^2=0.935$, $p=0.334$; $\chi^2=0.036$, $p=0.851$) bulunmamıştır (Tablo 37). Bu sonuca göre çalışmanın hipotezlerinden H_{7a}.red edilmiş olup H_{7b} kısmen kabul edilmiştir.

Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastaların taburcu olduktan sonra ilk üç ay içinde %30-56.6 oranında tekrar hastaneye yattığı bulunmuştur (Proctor, Howell, Li ve Done

2000; Schwarz ve Elman 2003; Polanczyk, Newton, Dec ve Salvo 2001; Babayan, Mcnamara, Nagajoth, Kasper ve ark. 2003; Esquivel ve Dracup 2007). Cockayne ve arkadaşlarının (2014) kalp yetersizliği bakım verenlerine yapılan eğitimin hastanın tekrarlı yatışı üzerine etkisini incelediği çalışmasında girişim grubu ile kontrol grubu arasında 12 aylık izlem sonunda hastaların yatış sıklıkları arasında fark olmadığı bulunmuştur. Schwarz ve arkadaşlarının (2008) kalp yetersizliği hastalarına bakım verenler üzerinde yaptığı çalışmada da girişim ve kontrol grubu hastalar arasında taburcu olduktan sonraki 90 gün içinde tekrarlı yatış açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Löfvenmark ve arkadaşlarının (2010) kalp yetersizliği olan hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada altı aylık multi profesyonel eğitim programı dahilinde her ay bir konu olmak üzere yaklaşık iki saat süren eğitimler ve paylaşımlar sonucunda girişim grubundaki bakım verenlerin bilgi düzeyinin arttığı fakat hastaların hastanede kalış süresi ve hastaneye tekrarlı yatış sıklıklarını etkilemediği bulunmuştur. Schwarz ve Elman (2003) yaptığı çalışmada, kalp yetersizliği hastalarına bakım verenlerin tekrarlı yatışa etkisi incelenmiş ve hastaların %44' ünün ilk üç ay içerisinde tekrarlı yatış yaptıkları bunun sonucunda bakım verenlerin hastaların tekrarlı yatışları üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak Strömberg ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada hastalar taburcu olduktan 2-3 hafta sonra hastaya ve ailesine verilen eğitim programının hastaların hastane yatışlarını azalttığı bulunmuştur. Fakat yapılan çalışmada eğitimin hem hastaya hem de bakım verene yapılmış olmasından dolayı tekrarlı yatış sonuçlarını daha olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Literatürdeki birçok çalışmada ve bizim çalışmamızda bakım verenlere uygulanan destek grup girişiminin hastaların tekrar yatışını etkilememesinin nedeni hastalığın yönetilmesi zor, hızla değişebilen, giderek kötüleşen bir seyir izlemesi ve komorbid durumların eşlik etmesi olarak açıklanabilir. Çalışmamızda girişimlerin sadece bakım verene yapılmış olması da bu sonucun bir nedeni olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmasa da girişim grubunda daha az sayıda hastanın hastaneye tekrar yattığı görülmektedir. Kalp yetersizliği olan hastaların ilk altı ayda hastaneye tekrar yatışlarının fazla olduğu göz önüne alınırsa bu önemli bir sonuçtur.

6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

6.2.1. SONUÇLAR

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Girişim ve kontrol grubunun bakım veren yükü ölçeği alt boyutlarından objektif motivasyonel, objektif ve subjektif emosyonel boyutlarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.
- Girişim grubundaki bakım verenlerin yük ortalamaları tüm boyutlarda girişim öncesine göre üçüncü ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma göstermiştir.
- Girişim grubundaki bakım verenler ile kontrol grubundaki bakım verenlerin depresyon belirtileri puanı benzer bulunmasına rağmen girişim grubundaki bakım verenlerin depresyon belirtileri puanı izlem süresince anlamlı bir azalma göstermiştir.
- Girişim grubundaki bakım verenlerin baktığı kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesi kontrol grubuyla benzer bulunmasına rağmen girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi üçüncü ayda anlamlı bir artış göstermiştir.
- Girişim grubundaki bakım verenler ile kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği kalp yetersizliği hastalarının hastaneye tekrar yatma durumu benzer bulunmasına rağmen girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği hastaların daha az sayıda hastane yatışları olduğu bulunmuştur.

6.2.2. ÖNERİLER

- Kalp yetersizliği hastasına bakım verenlere yönelik destek grup çalışmalarının yaygınlaştırılması ve yapılan girişim sonuçlarının kalitatif olarak da değerlendirilmesi
- Destek grup girişimlerinin daha uzun sürede etkili olabilmesi için uzun süreli yürütülmesi
- Hasta ve bakım verene yönelik girişimlerin birlikte planlanması
- Destek grup toplantılarına tüm bakım verenlerin katılımıyla NSM modelinin birincil koruma düzeyine yönelik girişimlerin plan olarak test edilmesi önerilmektedir.

7. **KAYNAKLAR**

1. Abraham WT, Krum H. Kalp Yetersizliği Tedaviye Pratik Bir Yaklaşım. 1th ed, Çeviri: Yüksel A, Cordis Group, 2007, İstanbul.
2. The American College of Cardiology (ACC) and the American Heart Association (AHA). 2011 ACC/AHA Practice Guideline
<http://circ.ahajournals.org/content/123/18/e426.full.pdf> (Erişim Tarihi: 10.01.2015)
3. Agren S, Evangelista L, Strömberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden? European Journal of Cardiovascular Nursing, 2010; 9: 254–262.
4. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri: SPSS uygulamaları, Ankara: Emek Ofset Ltd.Şti, 2005; 41-55
5. Aldred H, Gott M, Gariballa S. Advanced heart failure: Impact on older patients and informal carers. J. Adv.Nurs, 2005; 49: 116-124.
6. Alligood, Marriner Tomey. Nursing Theory Utilization & Application. Third Edition, Mosby, Indiana. 2006.
7. Angelidou D. Caring for the heart failure patient: Contemporary nursing interventions Athens cardiology update, 2010: 1-8.
8. Archana R, Gray D. The quality of life in chronic disease- heart failure is as bad as it gets. European Heart Journal, 2002; 23: 1806-1808.
9. Arestedt K, Saveman BI, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs, 2012; 12(1): 69-77.
10. Atagün M, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M ve ark. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3(3): 513-552.
11. Babayan ZV, Mcnamara RL, Nagajoth N. Kasper EK ve ark. Predictors of cause specific hospital readmission in patients with heart failure.Clinic Cardiol, 2003; 26: 411-418.
12. Badır A. Kalp Hastalıklarına Bağlı Komplikasyonlar. In: Karadakovan ve Aslan, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitapevi; 2009: 559-571.
13. Bahrami M, Etemadifar S, Shahriari M ve Farsani AK. Informational needs and related problems of family caregivers of heart failure patients: A qualitative study. J Educ Health Promot, 2014; 3: 113.
14. Bakas T, Pressler SJ, Johnson EA, Nauser JA ve ark. Family caregiving in heart failure. Nursing Research, 2006; 55(3): 180-188.

15. Baret D, Wilson B, Wollands A. Bakımı Planlama In: Karataş H. Bölüm 10, Çeviri Ed. Okumuş H, Öztürk C, Yenal K. 2. Baskı, Ankara, Palme yayıncılık. 2014: 168-173.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 1961; 4: 561-571.
17. Beck, A. T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 1988; 1: 77-100.
18. Bekelman DB, Havranek EP, Becker DM, Kutner JS ve ark. Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure, 2007; 13(8): 643-8.
19. Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, Worth A ve ark. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. European Journal of Heart Failure, 2004; 6(5): 585-591.
20. Cajita MI, Cajita TR, Han H. Health Literacy and Heart Failure. A Systematic Review. Journal of Cardiovascular Nursing, 2015: 1-10.
21. Clark AM, Savard LA, Spaling MA, Heath S, Duncan AS, Spiers JA. Understanding help-seeking decisions in people with heart failure: A qualitative systematic review. Int J Nurs Stud, 2012; 49: 1582-97.
22. Cockayne S, Pattenden J, Worthy G, Richardson G ve ark. Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): A randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 2014: 1207-1213.
23. Cordon J.(Ed), Kardiyoloji. T.C Uludağ Üniversitesi Yayını, Bursa, 2005: 133-135.
24. Crawford MH. (Ed), Current Diagnosis and Treatment. Kardiyoloji Tanı Ve tedavi. 3thed, Çeviri: Erol Ç, Biberoglu K, Atalar E, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2010.
25. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L. ve ark. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: Happy Çalışması. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2012; 40(4): 298-308.
26. Demir G. Demanslı Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilimdalı, Doktora Tezi, 2012
27. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ et al. ESC Guideles For The Diagnosis and Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008: The Task Force For Thee Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008 of The European Society of Cardiology. European of Heart Journal, 2008; 29 (19): 2388-2442.

28. Duhamel F, Dupuis F, Reidy M, Nadon N. A qualitative evaluation of a family nursing intervention. *Clin Nurse Spec*, 2007; 21(1): 43–49.
29. Dunbar SB, Clark PC, Deaton C, Smith AL ve ark. Family Education and Support Interventions in Heart Failure – A Pilot Study. *Nurs Res*, 2005; 54(3): 158–66.
30. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA ve ark. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *J. Cardiovasc Nurs*, 2008; 23: 258–65.
31. Dunbar SB, Clark P, Reilly C, Gary R ve ark. A trial of family partnership and education interventions in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2013; 19(12): 829-841.
32. Eren M. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisi: Yeni 2008 avrupa kardiyoloji derneği klavuzunda neler değişti? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2009; 37 (5): 295-300.
33. Ergin A, Eryol NK, Ünal Ş, Deliceo A ve ark. Epidemiological and pharmacological profile of congestive heart failure at Turkish academic hospitals. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2004; 4: 32-38.
34. Esquivel H, Dracup K. Effects of gender, ethnicity, pulmonary disease and symptom stability on rehospitalization in patients with heart failure. *Am J Cardiol*, 2007; 100: 1139–1144.
35. Etemadifar E, Bahrami M, Shahriari M ve Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2014; 19(3): 217–223.
36. European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu, Türkiye Kardiyoloji Derneği Arşivi.
37. European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu, Türkiye Kardiyoloji Derneği Arşivi.
38. Garlo K, O’Leary JR, Van Ness PH, Fried TR, Burden in caregivers of older adults with advanced illness, *Journal of the American Geriatrics Society*, 2010; 58 (12): 2315-22.
39. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ ve ark. Heart disease and stroke statistics. 2014 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 2014; 129(3): 280-292.
40. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002; 4(1): 9-12.

41. Gözüm S, Aksayan S. Kùltürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kùltürlerarası karşılaştırma. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 2003; 1: 3-14.
42. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G ve ark. Guidelines: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice, *European Heart Journal*, 2007; 28: 2375-2414.
43. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21(3): 203-12.
44. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Second Edition, F. A. Davis Company, Philadelphia, 2005.
45. Harrington D. *Confirmatory factor analysis: Pocket guides to social work research methods series*. New York: Oxford University Press, 2009.
46. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart&Lung*, 2009; 38 (2): 100-108.
47. Hisli N. Reliability and validity of Beck depression inventory in university students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1989; 7; 3-13.
48. Hooley PJD, Butler G, Howlett JG. The relationship of quality of life, depression and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. *Congestive Heart Failure*, 2005; 11(6): 303-310.
49. Hwang B, Fleischmann K, Howie-Esquivel J, Stotts N, Dracup K. Caregiving for patients with heart failure: Impact on patients' families. *Am J Crit Care*, 2011; 20: 431-41.
50. Hwang B, Luttik ML, Dracup K, Jaarsma T. Family caregiving for patients with heart failure: Types of care provided and gender differences. *J Card Fail*, 2010; 16: 398-403.
51. İlerigelen B. Kalp yetersizliğinde ilaç tedavisi. *Clinical Medicine*, 2007; 3 (3): 1-11.
52. İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. *Türk Geriatri Dergisi*, Yaşlılarda Kardiyovaskuler Hastalıklar Özel Sayısı, 2010; 2: 21-32.
53. İnci FH. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006.

54. Jaarsma Tiny, Johansson Peter, Ågren Susanna, Strömberg Anna. Quality of life and symptoms of depression in advanced heart failure patients and their partners. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 2010; 4(4): 233-237.
55. Jessup M, Abraham W, Casey D E, Feldman AM ve ark. 2009 Focused Update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines developed in collaboration with the international society for heart and lung transplantation. *Journal of the American College of Cardiology*, 2009; 53(15): 1347-1369.
56. Johansson P, Agnebrink M, Dahlström U, Broström A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective-a review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2004; 3: 7-20.
57. Karadakovan A, Aslan FE, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Tıp Kitapevi, 2009: 559-571
58. Karasar N. Data collection. In *Scientific research method*. Ankara: Nobel Yayınevi, 2000.
59. Kozan Ö, Zoghi M. A'dan Z'ye Kronik Kalp Yetersizliği. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevi, 2010
60. Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1998; 36:26-32.
61. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'brien PG ve ark. *Heart Failure Nursing Management. Medical Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems. Seventh Edition*, 2007: 821-841.
62. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M. ve ark. Heart disease and stroke statistics- 2010 update: a report from the AHA statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation*, 2010; 121: 46-215.
63. Lobiondo-Wood G, Haber J. Reliability and validity. In G. Lobiondo- Wood, & J. Haber (Eds.), *Nursing Research (6th ed.)*. (pp. 335e399). Missouri: Mosby Elsevier. 2006.
64. Löfvenmark C, Karlsson MR, Edner M, Billing E, Mattiasson AC. A group-based multi-professional education programme for family members of patients with chronic heart failure: effects on knowledge and patients' health care utilization. *Patient Education and Counseling*, 2010.
65. Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Ender M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009; 8 (4); 251-258.

66. Luttik ML, Blaauwbroek A, Dijker A, Jaarsma T. Living with heart failure: partner perspectives. *J Cardiovasc Nurs*, 2007; 22(2): 131–137.
67. Luttik ML, Jaarsma T, Tijssen JG, Veldhuisen DJ ve ark. The objective burden in partners of heart failure patients: development and initial validation of the Dutch objective burden inventory. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008; 7(1): 3-9.
68. Luttik ML, Jaarsma T, Veegeer N, Tijssen J. ve ark. Caregiver burden in partners of heart failure patients; limited influence of disease severity; *European Journal of Heart Failure*, 2007; 9(6): 695-701.
69. Luttik ML, Leegte I, Jaarsma T. Quality of Life and Depressive Symptoms in Heart Failure Patients and Their Partners: The Impact of Role and Gender. *Journal of Cardiac Failure*, 2009; 15(7): 580-585
70. Makdessi A, Harkness K, Luttik ML, Mckelvie R. S. The Dutch objective burden inventory: validity and reliability in a Canadian population of caregivers for people with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011; 10(4): 234-240.
71. Mårtensson J, Dracup K, Canary C, Fridlund B. Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2003; 22(4): 460-467.
72. Miche E, Roelleke E, Zoller B, Wirtz U et al. A longitudinal study of quality of life in patients with chronic heart failure following an exercise training program. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009; 8(4): 281-287.
73. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 2011; 4(3): 125-130.
74. Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure: review and analysis. *European Journal of Heart Failure*, 2005; 7(4): 592-603.
75. Molloy GJ, Johnston DW, Gao C, Witham M ve ark. Effects of an exercise intervention for older heart failure patients on caregiver burden and emotional distress. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 2006; 13: 381.
76. Murberg T.A. Long-term effect of social relationships on mortality in patients with congestive heart failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2004; 34(3): 207-217
77. Neuman B. The Neuman systems model. In *The Neuman Systems Model*, 4th ed. (Neuman B. & Fawcett J., eds). Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 2002; 3–33.

78. Nichol KL, Nordin J, Mullooly J, Lask R. ve ark. Influenza vaccination and reduction in hospitalization for cardiac disease and stroke among the elderly. *N.Engl. J. Med*, 2003; 348: 1322-1332.
79. O'Leary CJ, Jones PW. The left ventricular dysfunction questionnaire (LVD-36): reliability, validity and responsiveness. *Heart*, 2000; 83: 634-640.
80. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 21: 63-77.
81. Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü, Türk Kardiyoloji Derneği, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2010; 1:1-7.
82. Özmen N, Çebeci BS, Kardeşoğlu E. Kalp yetersizliğinde inflamatuvar göstergeler. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2006; 6: 51-54.
83. Pihl E, Jacobsson A, Fridlund B, Strömberg A ve Måtensson J. Depression and health-related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study. *European Journal of Heart Failure*, 2005; 7(4):583-589.
84. Polanczyk C, Newton C, Dec G, Salvo T. Quality of care and hospital readmission in congestive heart failure: an explicit review process. *Journal of Cardiac Failure*, 2001; 7: 289-299.
85. Polit DF, Beck CT. Generating and assessing evidence for nursing practice. London: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
86. Pressler S, Pizlo IG, Chubinski SD, Smith G. ve ark. Family caregiver outcomes in heart failure. *American Journal of Critical Care*, 2009; 18(2): 149-159.
87. Proctor E, Howell N, Li H, Done P. Adequacy of home care and hospital readmission for elderly congestive heart failure patient. *Health&Social Work*, 2000; 25: 87-96.
88. Purcell HL, Kalra PR. (Eds) *Cardiology. Kardiyoloji*. 1th ed, Çeviren: İlerigelen B, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2009; 146-157.
89. Saunders MM. Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *West J Nurs Res*, 2008; 30: 943-59.
90. Saunders MM. Family caregivers need support with heart failure patients, *Holistic Nursing Practice*, 2003; 17(3): 136-42.
91. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC et al. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med*, 2008; 35 (1): 70-79.

92. Schawarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart & Lung*, 2003; 32: 88-99.
93. Schulz R, Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 282: 2215-2219.
94. Schwarz KA, Mion LC, Hudock D, Litman G. Telemonitoring of heart failure patients and their caregivers: a pilot randomized controlled trial. *Prog Cardiovasc Nurs*, 2008; 23:18–26.
95. Sears S, Woodrow L, Cutitta K, Ford J. ve ark. A patient's guide to living confidently with chronic heart failure. *Circulation*, 2013; 127: 525-528.
96. Sharma R, Kalra PR. Kronik Kalp Yetersizliği. In: Purcell HJ, Kalra PR, Çev.Editör: İlerigelen B.Kardiyoloji. İstanbul. İstanbul Tıp Kitapevi, 2009; 146-164.
97. Smeltzer SC, Bare BG, Hunkle JL, Cheever KH. Brunner, Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing, 12th Edition. Lippincott Williams&Wilkins, 2010; 825-846.
98. Stromberg A, Martenson J, Fridlund B, Leving J. ve ark. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure Results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*, 2003; 24: 1014–1023.
99. Strömberg A, Martensson J. Gender differences in patients with heart failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003; 2: 7-18.
100. Suter P, Gorski L, Hennessey B, Suter N. Best practices for heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 2012; 30(7): 395-405.
101. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. Ankara: Ekinoks Yayıncılık, 2007.
102. Tatar Yüksel Ç. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Deneyimlerinin Betty Neuman'ın Sistemler Modeli ile Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği, Doktora Tezi, 2008.
103. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. Baskı, Ankara, Atlas Yayınevi. 2002; 17-61.
104. Travers B, O'Loughlin C, Murphy NF, Ryder M ve ark. Fluid restriction in the management of decompensated heart failure: no impact on the time to clinical stability. *Journal of Cardiac Failure*, 2007; 13: 128-132.
105. Uslu H. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakımverenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011.

106. Ünsar S. Konjestif Kalp Yetmezliği. Hemşirelik Bakım Planları, Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut, 2007: 254-267.
107. Vincent GK, Velkoff VA. The Older population in the United States: 2010 to 2050; 2010:25; 1138. <http://www.census.gov/prod/2010pubs/p25-1138.pdf>.
108. Williams SW, Williams CS, Zimmerman S, Munn J ve ark. Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: The role of social support. Journal of Gerontology Social Science, 2008; 63: 171-183.
109. Yalom ID (Çev.) Tangör A, Karaçam Ö. Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği, 3.Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1992.
110. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of Symptom Prevelans And Symptom Burden On Quality of Life in Patients With Heart Failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2005; 4(3): 198-206.
111. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerini belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(1): 48-54.
112. Bakım. www.tdk.gov.tr/Günceltürkçesözlük (Erişim Tarihi:10.01.2015)
113. Framingham Heart Failure Diagnostic Criteria, (Erişim Tarihi:10.01.2015) www.fpnotebook.com/cv/exam/FrmnghmHrtFlrDgnstcCrtr.htm
114. Boston Criteria for Diagnosing Heart Failure - MedicalCRITERIA.com (Erişim Tarihi:10.01.2015) www.medicalcriteria.com/site/en/criteria/46.../125-carboston.html

8.EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Kalp yetersizliğinde görülen belirtiler hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kalp yetersizliği hastalarının sık hastane yatışları, bilişsel yetersizlikleri, ilaç tedavileri, bakım verenlerin streslerini ve yüklerini arttırmaktadır, duygusal ve fiziksel sağlıklarının bozulmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kalp yetersizliği hastalarına bakım veren olarak sizlerin neler yaşadığınızı öğrenmek ve hastalıkla ilgili eğitim ve destek sağlamak amacıyla bir çalışma planladık.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler **kesinlikle gizli** kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve incelenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacaktır.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bireyin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):..... Tarih :...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:..... Tarih :...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:..... Tarih :...../...../.....

EK 2. Hollanda Objektif Yük Envanteri Tanıtıcı Özellikler Formu

Hastaya Yönelik Tanıtıcı Özellikler Formu	Bakım Verene Yönelik Tanıtıcı Özellikler Formu
1. Yaşı: 2. Cinsiyeti: 3. Medeni durumunuz? 1. () Evli 2.() Bekar 4. Eğitim Durumunuz? 1.()Okuryazar Değil 2.()İlköğretim 3.() Ortaöğretim 4.() Lise 5.() Üniversite ve üzeri 5. Çalışma durumunuz: 1.() Çalışıyor 2.() Emekli 3.() Çalışmıyor 6. Sosyal güvenceniz: 1.() Var 2.()Yok 7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1. () Gelir giderden fazla 2.() Gelir giderden az 3.() Gelir gidere eşit 8. Çocuk durumunuz? 1.() Var 2.()Yok 9.Evde kiminle yaşıyorsunuz? 1.() Yalnız 2.() Eşi ile birlikte 3.() Eşi ve çocukları ile birlikte 4.() Diğer 10. Başka bir kronik hastalığınız var mı? 1.() Var 2.()Yok 11. Sol ventrikül EF değeri (%) 12. Ne kadar süre önce kalp yetersizliği tanısı aldınız? :	1. Yaşı: 2. Cinsiyeti: 3. Medeni durumunuz? 1. () Evli 2.() Bekar 4. Eğitim durumunuz? 1.()Okuryazar Değil 2.()İlköğretim 3.() Ortaöğretim 4.() Lise 5.() Üniversite ve üzeri 5. Çalışma durumunuz: 1.() Çalışıyor 2.() Emekli 3.() Çalışmıyor 6. Sosyal güvenceniz: 1.() Var 2.()Yok 7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1. () Gelir giderden fazla 2.() Gelir giderden az 3.() Gelir gidere eşit 8. Çocuk durumunuz? 1.() Var 2.()Yok 9. Hasta ile yakınlık durumunuz? 1.() Eşi 2. ()Yetişkin çocuğu 3.() Diğer akraba/arkadaş/diğerleri 10. Evde kalp yetersizliği hastası ile birlikte yaşama durumunuz? 1.() Evet 2.() Hayır 11. Kronik hastalığınız var mı? 1.() Evet 2.() Hayır 12. Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? (yıl):.....

EK 3. Hollanda Objektif Yük Envanteri

Bu anket ile kalp yetersizliği hastalarının bakım verenleri tarafından yapılan bakım yükümlülüklerini anlamak istiyoruz. Her bakım için önceki üç ay içinde aşağıdaki listede bulunan bakımları uygulayıp uygulamadığınızı belirtmenizi istiyoruz. Lütfen durumunuzu en iyi belirten kutuyu işaretleyin. Cevabınız “hayır, hiçbir zaman” ise sonraki soruya geçebilirsiniz. Cevabınız “evet, bazen ya da düzenli olarak” veya “evet, sıklıkla, her zaman” ise bir sonraki sütunda bu bakımı yerine getirirken ne kadar zorlandığınızı gösteren kutucuğu işaretleyiniz.

				Yanıtınız evetse, bu size ne kadar yük getirmiştir?		
	Hayır hiçbir zaman	Evet, bazen ya da düzenli olarak	Evet, sıklıkla ya da her zaman	Yük getirme miştir	Biraz yük getirm iştir	Çok yük getirm iştir
Önceki üç ay içinde, eşinize/yakınınıza aşağıdaki durumlarda destek verdiniz mi?						
1. Yemesinde içmesinde						
2. Elini yüzünü yıkamasında ya da banyo yapmasında						
3. Giyinip soyunmasında						
4. Tuvalete gitmesinde						
5. Dış görünüşüne yönelik bakımını gerçekleştirmesinde (dış fırçalama, tırnak bakımı yaparken, saç tarama)						
6. Ev içi ve çevresinde yürümesinde						
7. Yatak veya sandalyeye alma veya kaldırılmasında						
8. Merdiven inip çıkmasında						
9. Yatakta rahat edecek bir pozisyon almasında						
Aşağıdaki ifadelerden hangisi kişisel durumunuza uygundur?						
10. Günün 24 saati eşime/yakınıma bakım vermek zorundayım						
11. Eşimin/yakınımin geceleri de sıklıkla benim desteğime sıklıkla ihtiyacı duyar						

Aşağıdakilerden işlerden hangisini yapıyorsunuz?						
12. Toz almak/bulaşık yıkamak gibi hafif ev işleri						
13. Elektrik süpürgesi ile evi süpürme, yerleri silme gibi ağır ev işleri						
14. Alışveriş yapma						
Önceki üç ay içinde, eşinizi/yakınızı aşağıdaki konularda desteklediniz mi?						
23. Sıvı alma ile ilgili önerilere uymada						
24. Diyet önerilerine uymada (düşük tuzlu ürün arama gibi)						
25. Kilo izlemine düzenli yapmasında						
26. Fiziksel aktivite ve egzersizle ilgili önerilere uymada						
27. Diyet önerilerine uyması için motive etmede						
28. Sigarayı azaltması veya bırakması için motive etmede						
29. Aktivite ve egzersiz için motive etmede						
30. İlaçlarını doğru zamanda alması için motive etmede						
31. Sıvı önerilerine uyması için motive etmede						
32. Tekrar çalışmaya başlaması için motive etmede						
Önceki üç ay içinde, eşinizi/yakınızı aşağıdaki konularda desteklediniz mi?						
33. Rahatını sağlama						
34. Anksiyetesini azaltmak için konuşma						
35. Depresif duygularını azaltmak için konuşma						
36. Endişeleri ve problemleri hakkında konuşma						
37. Anlayış gösterme						
38. Onun yanında olma						

EK 4. Dutch Objective Burden Inventory (DOBI)

With this questionnaire we want to gain insight into the care tasks performed by partners of patients with heart failure. For every care task, we would like you to indicate if, in the previous 3 months, you performed this task. Please put a tick in the box that best fits your own situation. If your answer is ‘no, never’, you can go to the next question. If your answer is ‘yes, sometimes or regularly’ or ‘yes, often or always’ please indicate in the next column how burdensome it was for you to carry out this care tasks.

				If yes, how burdensome was this for you?		
	No, never	Yes, sometimes or regularly	Yes, often or always	Not at all burdensome	Somewhat burdensome	Very burdensome
In the past three months, did you support your partner: 1. in eating and drinking 2. in washing and bathing 3. in getting dressed and un-dressed 4. in going to the toilet 5. by assisting with appearance (brushing teeth, nail care, combing hair) 6. in walking in and around the house 7. in getting into and out of bed or chair 8. in walking stairs 9. in finding a comfortable position in bed Which of the following statements fits your personal situation? 10. I have to be available for 24 hours a day to take care of my partner 11. My partner also needs my help frequently at night Are you the one that; 12. performs the light household activities (dusting/doing the dishes) 13. performs the heavy household activities (vacuuming/washing the floors) 14. does the shopping 15. does the finances 16. is filling in forms for insurance or reimbursement 17. arranges home help services when needed						

18. arranges physical aids when necessary In the previous three months, did you support your partner: 19. in getting new prescriptions for medication 20. in collecting medications from the pharmacy 21. in contacting health care personnel in case of questions or problems 22. by attending conversations with physicians and other health care professionals In the previous three months, did you support your partner: 23. in following the fluid prescriptions 24. in following the diet prescriptions (e.g. seeking low-salt products) 25. in regular weighing 26. in following the prescriptions on physical activity and exercise 27. by motivating to stick to the diet prescriptions 28. by motivating to quit or reduce smoking 29. by motivating to activities and exercise 30. by motivating to take medications (at the right time) 31. by motivating to stick to the fluid prescriptions 32. by motivating to start working again In the previous three months, did you support your partner: 33. by providing comfort 34. by talking to reduce anxiety 35. by talking to reduce depressive feelings 36. by talking about worries and problems 37. by showing understanding 38. by keeping him/her company						
--	--	--	--	--	--	--

EK 5. Bakım Verene Yönelik Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti:

3. Medeni durumunuz?

1. () Evli 2.() Bekar

4. Eğitim durumunuz?

1.() Okuryazar Değil 2.()İlköğretim 3.() Ortaöğretim 4.() Lise 5.() Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumunuz:

1. () Çalışıyor 2.() Emekli 3.() Çalışmıyor

6. Sosyal güvenceniz:

1.() Var 2.()Yok

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. () Gelir giderden fazla 2.() Gelir giderden az 3.() Gelir gidere eşit

8. Hasta ile yakınlık durumunuz?

1.() Eşi 2. ()Yetişkin çocuğu 3.() Diğer akraba/arkadaş/diğerleri

9. Kronik hastalığınız var mı?

1.() Var 2.()Yok

10. Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

(Yıl):.....

EK 6. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir, çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen dört seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sıızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sıızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 7. Hastaya Yönelik Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşı:.....

2. Cinsiyeti:.....

3. Eğitim Durumunuz?

1.() Okuryazar Değil 2. () İlköğretim 3.() Ortaöğretim 4.() Lise 5.() Üniversite ve üzeri

4.Sosyal güvenceniz:

1.() Var 2.()Yok

5. Ne kadar süre önce kalp yetersizliği tanısı aldınız? :

6. Sol ventrikül EF değeri (%):

7. Hastaneye en son yatış tarihi?:.....

EK 8.

SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYON ÖLÇEĞİ (LVD-36)

Lütfen aşağıdaki sorulara son günlerde hissettiklerinize göre cevap veriniz. Her soru için doğru veya yanlış seçeneğinden birini işaretleyiniz.

Kalp hastalığınız nedeniyle	Doğru	Yanlış
1. Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetciyim		
2. Bulantıdan şikayetciyim		
3. Bacaklarımdaki sisliklerden şikayetciyim		
4. Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağımdan korkuyorum		
5. Çok iş yaptığımda nefes darlığı olacağımdan korkuyorum		
6. En küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyorum		
7. İş yaparken kendimi zorlamaktan korkuyorum		
8. Giyinmem ve yıkanmam uzun zaman alıyor		
Aşağıdaki aktiviteleri kalp hastalığınız dışında bir nedenle yapamıyorsanız lütfen Yanlış'ı işaretleyiniz.		
9. Koşmada, örneğin otobüse yetişmede, zorlanıyorum		
10. Yürüyüş, egzersiz ve dansa zorlanıyorum		
11. Çocuklar ya da torunlar ile oynarken zorlanıyorum		
12. Bahçe işlerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanıyorum		
13. Kendimi bitkin hissediyorum		
14. Enerjimin azaldığını hissediyorum		
15. Uykulu veya uyuşuk hissediyorum		
16. Daha çok dinlenmeye ihtiyacım var		
17. Yaptığım her şey güç gerektiriyor		
18. Kaslarımı güçsüz hissediyorum		
19. Kolayca üşütüyorum		
20. Gece boyunca sık sık uyanıyorum		
21. İşe yaramaz hale geldim		
22. Kendimi engellenmiş hissediyorum		
23. Sinirli hissediyorum		
24. Her an kötü bir şey olacaktı gibi geliyor		
25. Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum)		
26. Yaşamımı kontrol edemiyorum		
27. Yaşamdan zevk alamıyorum		
28. Kendime olan güvenimi kaybettim		
29. Düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmede zorlanıyorum		
30. Gitmeyi istediğim yerler var, fakat gidemiyorum		
31. Tatile çıkmamın kalp hastalığımı kötüleştirmesinden korkuyorum		
32. Yaşam biçimimi değiştirmek zorunda kaldım		
33. Ailevi görevlerimi yapmada sınırlamalarım var		
34. Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum		
35. Sürekli kalp ilacı almayı gerçekten sıkıcı buluyorum		
36. Yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum		

EK 9.

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARI VE BAKIM VERENLERİ İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI



HAZIRLAYAN

Araş. Gör. Canan DEMİR BARUTCU

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hatice MERT

İZMİR 2014

ÖNSÖZ

Kalp yetersizliği sık görölmesi, görölme sıklığının her geçen yıl artması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Kalp yetersizliğinde etkin yönetim belirtilerin azalmasına, yaşam kalitesinin artmasına ve yaşam süresinin uzamasına yardımcı olacaktır. Bu eğitim kitapçığı kalp yetersizliği hastaları ve bakım verenleri için dikkat edilmesi gereken konular hakkında önemli bilgiler içermektedir.

Eğitim kitapçığını oluşturmada katkı ve görüş sağlayan Sayın hocam Doç. Dr. Hatice MERT' e teşekkür ederim.

Canan DEMİR BARUTCU

İÇİNDEKİLER

SAYFA

Kalbiniz Nasıl Çalışıyor	126
Kalp Yetersizliği Nedir	127
Risk Faktörleri Nelerdir.....	127
Kalp Yetersizliğinin Belirtileri	128
Kalp Yetersizliğinin Nedenleri	128
Kendime Nasıl Bakmalıyım	128
Kilo Kontrolü	128
Diyet.....	129
Sıvı Alımı	130
Tuz Kısıtlaması	131
Egzersiz	131
Alkol Tüketimi.....	132
Sigara Kullanımı	133
İlaç Kullanımı.....	133
Kalp Yetersizliğinde Kullanılan İlaçlar.....	134
Genel Öneriler	136
Kalp Yetersizliği İle İlgili Sık Sorulan Sorular	137
Kaynaklar	138

Kalbiniz nasıl çalışıyor?

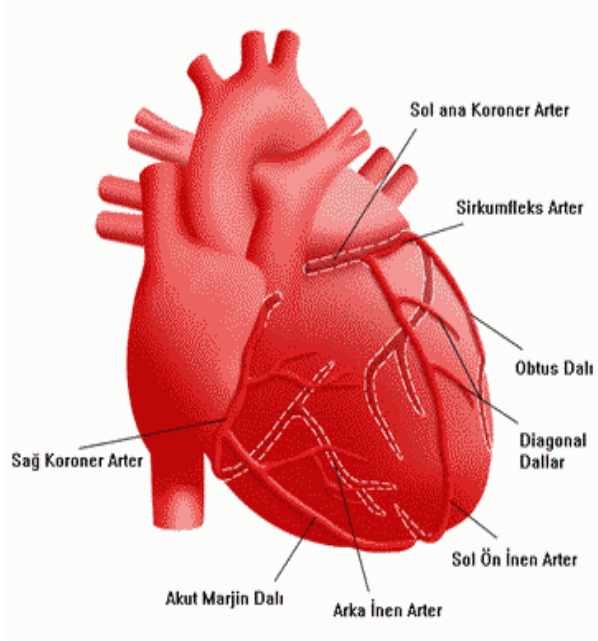
Kalp vücutta kan dolaşımını sağlayan, oksijenlenmiş kanı vücuda pompalayan kas yapısında yaklaşık 300 gr ağırlığında ve dört boşluktan oluşan bir organdır. İki akciğer arasında ve sol tarafa daha yakın durur. Önde kaburgalar arkada omurga kemikleri tarafından korunur.

Kalpte dört boşluk vardır bunlar sağ kulakçık, karıncık (sağ kalp), sol kulakçık, karıncık (sol kalp). Bu boşlukları birbirinden ayıran kapaklar vardır. Kapaklar kanın geriye kaçmasını önler bu sayede kan birikmeden bir boşluktan diğerine geçer.

Sağ kalp vücuttan gelen kirli kanı temizlenmek üzere akciğere gönderir.

Sol kalp akciğerden temizlenmiş kanı alarak tüm vücuda gönderir.

Her kalp atışında sol kalp kendisine gelen kanın %55-60'ını vücuda pompalar. Buna atma yüzdesi (EF) denir. Kalp yetersizliğinde atma yüzdesi azalır ve vücuda her kalp atışında daha az kan pompalanır.



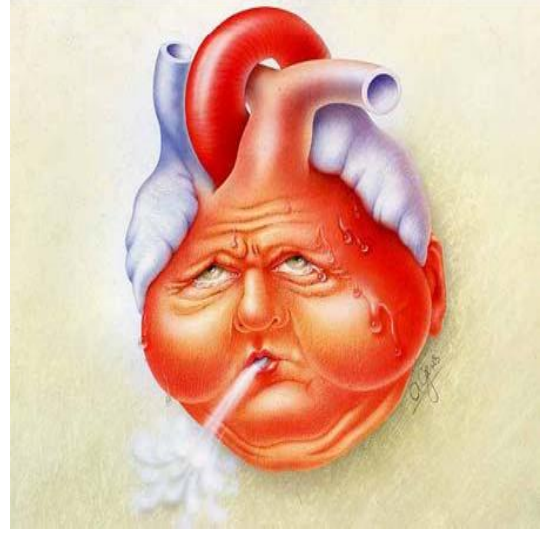
Kanlanması azalan dokular fonksiyonlarını yerine getiremez böylece koşmak, yokuş çıkmak, bir şeyler taşımak gibi aktiviteleri yapmak zorlaşır.

Kalp yetersizliği kalbin sağ veya sol tarafından başlayabilir, önlem alınmazsa kalbin iki bölümünü de etkileyebilir.

Kalp endokard, myokard ve perikard olmak üzere üç tabakadan oluşur. Endokard kalbin iç yüzeyini örter, Myokard kalbin kasılmasını sağlayan kas dokusudur ve en dışta kalbin kas tabasını örten perikard tabakası bulunur.

Kalp yetersizliği nedir?

Kalp yetersizliği kalp kasının zayıflaması ve kalbin kan pompalama gücünün azalmasından kaynaklanır. Kalp büyümesi kalp yetersizliği ile sonuçlanır. Pompalama veya gevşeme fonksiyonu zayıflayan kalp yüzünden vücuda yeterli kan akımı olmaz ve kalbe dönemeyen kan damarlarda birikir.



Akciğerlerde ve bacaklarda sıvı toplanmaya başlar bu da nefes darlığı ve bacaklarda şişliğe neden olur. Kalp kasları normal miktarda kan pompalamak için daha çok çalıştıkça zaman içinde yıpranır ve kalp fonksiyonlarını iyi yapamamaya başlar.

Risk faktörleri



- Sigara
- Alkol
- Obesite
- Yağlı diyet
- Koroner arter hastalıkları, şeker hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve hipertansiyon
- Kan kolesterol seviyesinin yüksek olması
- Hareketsiz yaşam



<i>Kalp Yetersizliği Nedenleri</i>	<i>Kalp Yetersizliğinin Belirtileri</i>
➤ Pompalama yetersizliği	➤ Nefes darlığı (hafif egzersizde, ağır egzersizde ya da dinlenme halinde olabilir)
➤ Kalbin kendi damarlarına ait hastalıklar	➤ Egzersiz yapmada zorluk
➤ Kalp kası hastalıkları	➤ Yorgunluk
➤ Kalp kapakçık hastalıkları	➤ Ayak bileklerinde şişme
➤ Doğumsal kalp hastalıkları	➤ Göğüs ağrıları
➤ Yüksek tansiyon	➤ Halsizlik
➤ Kalp tümörü	➤ Hızla kilo alımı
➤ Fazla alkol alımı	➤ Karın şişliği
➤ Viral hastalıklar	➤ Düz yataırken nefes almada zorluk
➤ Nedeni bilinmeyen	

Kendime nasıl bakmalıyım?

Öncelikle şikâyetlerinizi doktorunuz ve hemşirenizle çekinmeden paylaşmalısınız.

Kilo kontrolü



*Günlük kilo takibi çok önemlidir.

*Her sabah aynı saatte tuvaletinizi yaptıktan sonra aynı kıyafetlerle tartılmalısınız

*Eğer üç gün içinde 1.5-2 kilodan fazla kilo alımı olduysa mutlaka doktorunuzla iletişime geçmelisiniz.

*Bu durum vücudunuzda sıvı tutulduğunu gösterir

Diyet

- Kilonuza dikkat edin. Kilonuz normal ise kilonuzu korumaya özen gösterin
- Öğün atlamayın, yemeklerde tabağınızı tamamen doldurmayın, yavaş yavaş yemeyi tercih edin
- Günlük tuz alımının kısıtlanması bacak şişliğinin azalmasına/geçmesine yardımcı olacaktır.
- Potasyum ihtiyacını karşılamak için günlük beslenmede meyve-sebze tüketin



- Ara öğünlerinizde meyveyi tercih edin
- Nefes darlığınızın fazla olduğu dönemde kafein tüketimini (çay, kahve) azaltın
- Öğünlerde dengeli beslenmeye yeterince vitamin, mineral almaya dikkat edin.

Öneriler

- Tuzluğu masadan kaldırın
- Yemek pişirirken tuz kullanmayın
- Aldığınız yiyecekler üzerindeki etiketleri okuyun
- Taze meyve-sebze yiyin
- Yemekleri fırında yapmayı tercih edin, kızartmalardan kaçının
- Konserve yiyecekler, hazır çorbalar içindeki tuz oranı yüksek olduğu için kullanmayın.
- Soğuk etlerden (salam, sucuk, sosis) uzak durun
- Dışarıda yemek yerken fırında, ızgarada, buharda pişmiş yemekleri tercih edin.
- Salata sosu olarak limon, zeytinyağı tercih edin, tuz koymayın
- Hamburger, pizza, poğaça, börek gibi hazır yiyeceklerden uzak durun
- Sodyum oranı düşük ve yüksek yiyecekleri öğrenin

Sodyumdan fakir yiyecekler	Kuzu, tavuk, dana eti, balık, kaymaksız süt, yumurta, süzme peynir, krem peynir, sebze-meyve suları, kahve, çay, tahıllar, sarımsak, defneyaprağı, soğan, dereotu, kimyon, hindistan cevizi, tarçın, vanilya, adaçayı, sıvı yağlar, biber, tuzsuz fındık ve ceviz.
Sodyumdan zengin besinler	Konserve yiyecekler, turşu, zeytin, krakerler, makarna, domates suyu, cipsler, ketçap, hardal, gözleme, hazır yiyecekler, kek, kabartma tozu, yağlı süt, katı peynir, sosis, salam, sucuk, puding, meyve tartları.

Sıvı alımı

- Günlük sıvı alımınız su dahil 1,8-2 litreyi geçmemeli (8 su bardağı).
- Domates suyu, sebze suyu gibi içeceklerden içindeki tuz oranının çok yüksek olması nedeniyle kaçınmalısınız.
- Kahve ve çay tüketiminize dikkat edin
- Günde bir fincandan fazla kahve, 2-3 fincandan fazla çay içmeyin.
- Gün içinde tükettiğiniz çay, kahve, süt, çorba da günlük sıvı alımınız içinde hesaplanmalıdır.
- Sıvı yiyeceklere örnek: yoğurt, puding, dondurma, greyfurt, portakal (1 portakal 120 ml su içerir).



Susayınca;

- Günlük sıvı alımınızı 2 litre ile sınırlandırmaya özen gösterin
- Susadığınızda ağzınızı çalkalamayı, buz yalamayı, sakız çiğnemeyi deneyebilirsiniz.



Tuz kısıtlaması

- Günlük tuz alımınız 2 gramı geçmemelidir (bir çay kaşığı)
- Yemeklerde tuz yerine baharat, sirke, limon, yoğurt ıtırlı otlar (kekik, defne yaprağı, nane, dereotu, maydanoz, fesleğen, biberiye, rezene vb) kullanılması önerilir.



Egzersiz



- ✓ Düzenli egzersiz yapmak önemlidir.
- ✓ Egzersiz yapmak kalp kasınızı güçlendirir ve gün içindeki enerjinizi arttırır.
- ✓ Alınan oksijen miktarı artar ve kalbiniz daha verimli çalışır.
- ✓ Stresinizi azaltır.
- ✓ Dinlenme halindeki tansiyonu düşürür.
- ✓ Nabız sayısını azaltır.
- ✓ Egzersiz kalbin rahatlamasını ve kalp yetersizliğinin düzelmesini sağlar

Egzersiz yaparken nelere dikkat edilmeli?

- ✚ Egzersiz programına başlamadan önce mutlaka doktorunuza danışın
- ✚ Egzersiz yaparken rahat kıyafetleri ve spor ayakkabısını tercih edin
- ✚ Hareketlere yavaş yavaş başlayın. Gün aşırı ya da üç günde bir egzersiz sürenizi beş dakika artırarak hedef olan 30 dakikaya ulaşmaya çalışın
- ✚ Haftada beş gün günde yarım saat yürüyüş yapabileceğiniz en ideal ve kolay egzersizdir.
- ✚ Egzersiz sırasında baş dönmesi, göğüs ağrısı, aşırı derecede nefes darlığı, çarpıntı ya da aşırı yorgunluk olursa egzersizi bırakın ve doktorunuza danışın
- ✚ Yemekten hemen sonra egzersiz yapmayın, en az 45 dakika geçmesini bekleyin
- ✚ Eğer nefes darlığından dolayı durmak zorunda kalıyorsanız durup dinlenin ve tekrar yavaş yavaş başlayın zaman içinde vücudunuz alışkanlık ve güç kazanacaktır. Hedefinize ulaşmak bazen bir ay bazen üç ayınızı alabilir.
- ✚ Uzun nefes tutmanızı gerektiren, eğilerek, çömelerek yapılan egzersizlerden kaçınin
- ✚ Aşırı sıcak ya da aşırı soğuk havalarda egzersiz yapmayın
- ✚ Eğer kendinizi çok yorgun hissediyorsanız egzersiz yapmayın
- ✚ Enerjiyi koruma tekniklerini öğrenin (oturarak çalışmak, çekmek yerine itmek, sık kullanılan eşyaları yakın yerlere koymak v.b.).

Alkol Tüketimi

Alkol tüketimi kalp kasına zarar verebilir, kan basıncında artış ile ritim bozukluğu riski yapabileceğinden dolayı aşırı tüketimi zararlıdır. Bu nedenle alkol kullanmayın. Eğer alkol alışkanlığınız varsa ve bu alışkanlığınızı bırakamıyorsanız günde 1-2 kadeh ile sınırlandırmalısınız.

Sigara kullanımı

İçtiğiniz her sigara damarlarda daralmaya neden olur, kalp hızınızı ve kan basıncınızı artırır bu durum hastalığınızı olumsuz etkiler. Sigarayı bırakan hastalar durumlarındaki iyileşmeyi kısa süre içinde fark ederler.

- ✓ Sigara içmek yerine sakız çiğneyin
- ✓ Yakınlarınızdan sigara bırakma konusunda destek isteyin
- ✓ Sigara içmek istediğinizde kendinizi oyalayacak farklı işler bulun
- ✓ Sigara bırakma polikliniklerine başvurarak profesyonel destek alabilirsiniz



*İlaç kullanımı

İlaçların düzenli ve reçetede yazılan şekliyle kullanımı çok önemlidir, eğer ilaçların yan etkisinden şüpheleniyorsanız doktorunuz ve hemşirenizle iletişime geçmelisiniz.

- Kullandığınız ilaçların isimlerini, ne işe yaradığını öğrenin.
- İlaçları doktorunuzun önerdiği şekilde kullanın, kendinize göre ayarlama yapmayın
- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacı doktor önerisi olmadan bırakmayın veya değiştirmeyin
- İlaçları almadan önce kalp hızınızı(nabız) izlemeyi öğrenin
- Kan basıncı takibi yapmayı öğrenin
- İlaçlarınızın yan etkilerini öğrenin
- İlaçlarınızı almayı unutuyorsanız ilaç kutusu kullanabilir, her gün yaptığınız bir aktiviteden sonra almayı deneyebilirsiniz (diş fırçalamak, yatağı toplamak...)
- Başkasına ait ilaçları asla kullanmayın
- Bitkisel ilaçları doktorunuzun önerisi olmadan kullanmayın
- Başka bir doktora gittiğinizde mutlaka kullandığınız ilaçları belirtin.

Kalp Yetersizliğinde Kullanılan İlaçlar

Kalp yetersizliğinde kullanılan ilaçlar şikâyetleri azaltmak, hastalığın iyiye gitmesini sağlamak amaçlı kullanılır. Bu durum birden fazla ilaç almanıza neden olabilir.

Tablo 1. Kalp Yetersizliğinde Kullanılan İlaçlar

İlaç isimleri	Etkisi	Oluşabilecek Yan Etkiler
 Delix	Kan basıncını düşürür.	Bulantı/kusma
 Gopten	Damarları gevşetir	Kuru öksürük
 Coversyl	Kalp kasının daha iyi çalışmasını sağlar	Tansiyon düşüklüğü
 Monopril	Şikayetleri azaltır	Baş dönmesi
 Sinopril	Hastane yatışlarını azaltır.	Halsizlik
 Zoprotec		Cilt döküntüleri
		Ağız tadının değişmesi
		Kan potasyum seviyesinin artması
		Böbrek fonksiyonlarında değişiklik
 Atacand	Tansiyonu düşürür	Baş dönmesi
 Hipersar	Şikayetleri azaltır	Tansiyon düşüklüğü
 Karvea	Hastane yatışlarını azaltır	Öksürük
 Micardis		Böbrek fonksiyonlarında değişiklik
 Beloc Zok	Kalp kasının daha iyi kasılmasını ve kalbin daha iyi çalışmasını sağlar.	Kalp hızı azalır
 Concor		Yorgunluk
 Dilatrend		Öksürük
 Vasoxen	Kalp hızını ve kan basıncını azaltır	Tansiyon düşüklüğü
	Hastane yatışlarını azaltır.	Astım nöbetleri ağırlaşabilir.
	Ritmik düzenler	Depresyon
	Egzersiz kapasitesini artırır.	
 Lasix	Şikayetleri azaltır.	Kan basıncında düşme
 Desal	Vücutta toplanan fazla sıvının atılmasını sağlar.	Böbrek fonksiyonlarında bozulma
		Kan potasyum seviyesinde düşme
		İdrar kaçırma
 Digoksin	Kalp kasılmasına ve kalbin pompa gücünün artmasına yardımcı olur.	İştahsızlık
	Şikayetleri azaltır.	Bulantı/Kusma
		İshal
		Kilo kaybı
		Halüsinasyonlar
		Uykusuzluk
		Baş dönmesi

			Halsizlik Bulanık görme Ritm bozuklukları
 Amlodis	Kalp hızını azaltır.		Hipotansiyon
 Adalat	Tansiyonu düşürür.		Baş dönmesi
 Libradin			Uykulu olma
 Norvasc			Baş ağrısı
			Yüzde kızarma hissi
			Kabızlık
			Ayak bileklerinde şişme
 İordil	Tansiyonu düşürür		Baş ağrısı
 Danitrin	Kalp damarlarının		Yüzde kızarma hissi
Forte	genişlemesini sağlar		Çarpıntı
			Ter basma
			Baş dönmesi
			Baygınlık
			Burun ve sinüslerde doluluk hissi
 Aldactone	Su ve tuz geri emilimini azaltır		Yorgunluk
	Kalbin daha fazla hasar görmesine engel olur		Uykuya meyil
			Dalgınlık
			İshal
			Kramp
			Kan potasyum seviyesinde yükselme
			Sodyum seviyesinde düşme
			Jinekomasti (erkek memesinin büyümesi)
 Aspirin	Kanın akışkanlığını artırır		Kanama riski (özellikle mide ülseri olanlarda)
 Coraspin	Kalp krizi ya da felç geçirme riskini azaltır.		Kolay morarma
 Palvix			
 Coumadin			
 Cordarone	Ritm bozukluğunu düzeltir.		Tiroid bezinde hormonal değişiklikler: hiper veya hipotiroidizm
			Işığa aşırı duyarlılık
			Pigmentasyon bozuklukları
			Karaciğer üzerine toksik etki
			Bulantı
			Kusma
			Bitkinlik
			Uyku bozuklukları
			Titreme

Genel Öneriler

- Kilolu iseniz kilo vermeye çalışın. Zayıf bir vücutta kalp kanı pompalamak için daha az harcar ve rahat çalışır, böylece şikâyetleriniz büyük ölçüde azalır.
- Ağırlık kaldırmayın, çok güç gerektiren egzersizlerden uzak durun
- Bacak kan dolaşımınızı kısıtlamayacak tarzda kıyafetler giyin, çok dar pantolonlar ya da çok sıkı çoraplar giymeyin
- Çok sıcak ya da çok soğuk havalarda dışarı çıkmayın
- Uzun süreli seyahatlerden kaçının
- Uçak yolculuğu yapacaksanız doktorunuza danışın
- Grip şikâyeti olan kişilerden uzak durun
- Stres kalbin daha hızlı ve fazla çalışmasına neden olur bu nedenle stresten uzak durmaya çalışın
- Hastalığınız cinsel yaşamınızın sonu değildir. Ancak cinsel ilişki öncesi alkol almamaya, ağır yemek yememeye, sinirli ve huzursuz olmamaya dikkat edin.
- Kilo artışı (haftada 2-3 kg'dan fazla), iştah kaybı, hareketle artan solunum sıkıntısı, istirahatte solunum sıkıntısı, yatarken solunum sıkıntısı, ayak bileği, ayaklar ve karında şişlik, öksürük, gece sık idrara çıkma, gece uykudan uyandıran solunum sıkıntısı gibi belirtilerden herhangi biri görüldüğünde mutlaka sağlık kuruluşuna başvurun.

Kalp Yetersizliği İle İlgili Sık Sorulan Sorular

? Kalp yetersizliği tamamen iyileşir mi?

Kalp yetersizliği tamamen iyileşmez ancak tedavi edildiğinde şikâyetler azalır, yaşam kalitesi artar ve yaşam süresi uzar.

? Alkol kullanımını azaltmak, sigarayı bırakmak işe yarar mı?

Alkol kullanımını azaltmak ve sigarayı bırakmak hastalığın kötüleşmesine engel olur.

? Sürekli ilaç kullanmak zorunda mıyım?

Kendinizi iyi hissetseniz bile doktorunuzun önerisi olmadan ilaçlarınızı bırakmayın çünkü tedavinin amacı kalbin daha etkili ve yorulmadan çalışmasını sağlamaktır.

? Kalp yetersizliği tedavisi sadece ilaçla etkili olur mu, diyet ve egzersiz yapmam önemli mi?

Kalp yetersizliği tedavisi ilaç, diyet ve egzersiz üçgeninden oluşur. Ayrı ayrı düşünülemez.

? Kendimi iyi hissettiğim zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakabilir miyim?

Kalp yetersizliğinde kullanılan ilaçlar şikâyetlerinizi azaltmak, hastalığın iyiye gitmesini sağlamak amaçlı kullanılır. Bu yüzden doktorunuzun önerisi olmadan bırakılmaz.

KAYNAKLAR

- Akçiçek F**, Akyürek Ö, Büyüköztürk K, Canberg A, Çağlar N. Ve ark. Kalp Yetersizliği, 1. Baskı İstanbul, Üniform Matbaacılık, 2003
- Birol L**, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı Ankara, 2004, 193-200
- Dickstein K**, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ et al. ESC Guideles For The Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008: The Task Force For Thee Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008 of The European Society of Cardiology. European of Heart Journal, 2008; 29 (19): 2388-2442
- Enç N**. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Doçentlik Çalışması, 1998
- Graham I**, Atar Dan, Borch-Johnsen K, Boysen G et. al. Guidelines: European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention In Clinical Practice: Executive Summary: Fourth Joint Task Force Of The European Society of Cardiology And Other Societies On Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, European Heart Journal, 2007; 28: 2375-2414
- İlerigelen B**. Kalp Yetersizliğinde İlaç Tedavisi. Clinical Medicine, 2007; 3 (3): 1-11
- İlerigelen B**. Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. Türk Geriatri Dergisi, Yaşlılarda Kardiyovaskuler Hastalıklar Özel Sayısı, 2010; 2: 21-32
- Karadakovan A**, Aslan FE, Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Tıp Kitapevi, 2009; 559-571
- Kostis JB**, Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E et al. Sexual Dysfunction And Cardiac Risk, American Journal of Cardiology, 2005; 26(12): 85-93
- Lewis SL**, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'brien PG et al. Heart Failure Nursing Management. Medical Surgical Nursing, Assessment And Management of Clinical Problems. Seventh Edition, 2007: 821-841
- Nichol KL**, Nordin J, Mullooly J, Lask R, Fillibrandt K, Iwane M. Influenza Vaccination And Reduction İn Hospitalization For Cardiac Disease And Stroke Among The Elderly. N.Engl. J. Med, 2003; 348: 1322-1332
- Okay T**. 2001 Yılında Kalp Yetersizliğindeki Gelişmeler. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2001; 1: 301-306.

Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 21: 63-77

Piepoli MF, Flather M, Coats A.J. Overview Of Studies Of Exercise Training in Chronic Heart Failure: The Need For The Prospective Randomized Multicentre European Trial. European Heart Journal, 1998; 19: 830-841

Roger V, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD et al. AHA Statistical Update Heart Disease and Stroke Statistics Update. A Report From the American Heart Association, 2011: 19-166

Smeltzer SC, Bare BG, Hunkle JL, Cheever KH. Brunner, Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing, 12 Th Edition. Lippincott Williams&Wilkins, 2010; 825-846

Sharma R, Kalra PR. Kronik Kalp Yetersizliği. In: Purcell HJ, Kalra PR, Çev. Editör: İlerigelen B. Kardiyoloji. İstanbul. İstanbul Tıp Kitapevi; 2009. 146-164

Travers B, O'Loughlin C, Murphy NF, Ryder M et. al. Fluid Restriction In The Management Of Decompensated Heart Failure: No Impact On The Time To Clinical Stability. Journal of Cardiac Failure, 2007; 13: 128-132

Ünsar S. Konjestif Kalp Yetmezliği. Hemşirelik Bakım Planları, Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut, 2007; Bölüm 3-5: 254-267

EK 10. Ölçek İzin Belgesi

Görüntülenen Klasör: **Gelen Kutusu**

[Mesaj Yaz](#) [Adresler](#) [Klasörler](#) [Seçenekler](#) [Ara](#) [Yardım](#) [Takvim](#)

[Arama Sonuçları](#) | [Okunmamış](#) | [Sil](#)

Konu: RE: Dear Luttik
Gönderen: "Luttik, MLA (thorax)" <m.l.a.luttik@thorax.umcg.nl>
Tarih: 7 Haziran 2011, Salı, 2:06 pm
Alıcı: "canan.demir@deu.edu.tr" <canan.demir@deu.edu.tr>
Öncelik: Normal
Seçenekler: [Tüm Başlıkları Göster](#) | [Yazdırılabilir Şekilde Göster](#) | [Bunu dosya olarak indir](#)

Dear dr. Demir Barutcu,
Thank you for the interest in our work on the Dutch Objective Burden Inventory (DOBI). Ofcourse you are allowed to use the scale without any special permission or fee. Attached you find the English version of the scale. This is the original version that focusses on partners of patients, we also have a familiy version which is broader, also focussing on family and other caregivers.

The reference you can use is 'Luttik ML, Jaarsma T, Tijssen JG, van Veldhuisen DJ, Sanderman R. The objective burden in partners of heart failure patients; development and initial validation of the Dutch Objective Burden Inventory. Eur J Cardiovasc Nurs. 2008 Mar;7(1):3-9'

Maybe in the future I (or my co-workers) will ask you to share your data with us to further validation of the Scale.

When you have any questions regarding the inventory, please feel free to contact me.

Kind regards,

dr. M.L.A.Luttik
Senior Researcher
Dep. Cardiology
University Medical Center Groningen
PO BOX 30001
9700 RB Groningen
The Netherlands
+31 50 3611594

P Please consider the environment before printing this mail

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: Canan Demir Barutcu [<mailto:canan.demir@deu.edu.tr>]

Verzonden: woensdag 1 juni 2011 15:55

Aan: Luttik, MLA (thorax)

Onderwerp: Dear Luttik

Urgentie: Hoog

EK 11. Kurum İzin Belgesi



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



BİRİM / BÖLÜM : Kardiyoloji A.D.
SAYI : 334

25 / 05 2011
İZMİR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 17.05.2011 tarih ve 718 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen "Kalp Yetersizliği olan Hastaların Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Hasta ve Bakımevlerinin Sonuçlarına Etkisi" konu başlıklı çalışmanın Anabilim Dalımızda yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğine arz ederim.


Prof. Dr. Özhan GÖLDECI
Kardiyoloji A.D.Başkanı

Prof. Dr. Özhan Göldeci
25/05/2011

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi / Inciraltı 35340-İZMİR

Tel. : 0 232 412 41 02-01

Fax : 0 232 2590541

E-posta : tip@deu.edu.tr

EK 12. Etik Kurul İzin Belgesi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/22-19	Tarih:30.06.2011
	Yrd.Doç.Dr.Hatice MERT'in sorumlusu olduğu "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Hasta ve Bakım Veren Sonuçlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/07-47	Tarih:05.03.2015
	Doç.Dr.Hatice MERT'in sorumlusu olduğu "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Hasta ve Bakım Veren Sonuçlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 03.03.2015 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; Çalışma adının "Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Bakım Verenlerine Uygulanan Destek Grup Girişiminin Hasta ve Bakım Veren Sonuçlarına Etkisi" olarak değiştirilmesi uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ahmet Turan İŞİK	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK 13. Özgeçmiş

Canan DEMİR BARUTCU

TC Kimlik No / Pasaport No:	27334514942
Doğum Yılı:	22.09.1983
Yazışma Adresi :	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Telefon :	0532 515 04 46
Faks :	0232 412 47 98
E-posta :	canan.demir@deu.edu.tr canandemir2209@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	İç Hastalıkları Hemşireliği	Doktora	2015
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	İç Hastalıkları Hemşireliği	Yüksek Lisans	2011
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2007

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2008-devam ediyor
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Türkiye	Burdur	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2007-2008

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- **Demir Barutcu C**, Mert H, Bektaş M. The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Dutch Objective Burden Inventory, Asian Nursing Research, 2015, Kabul Edilmiştir, Basım Aşamasında.
- Mert H, **Demir Barutcu C**, Sezgin D. Reliability and Validity of Turkish Version of Self Care of Heart Failure Index. Healthmed, 2013; 7(8): 2480-2486.
- **Demir Barutcu C**, Mert H. The Relationship Between Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. Journal of Pakistan Medical Association, 2013; 63(4): 463-467.

Diğer Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Yardımcı T, **Demir Barutcu C**, Akdoğan GG, Astarcıoğlu İ. Dokuz Eylül University Graduate School of Health Sciences: Does It Meet The Basic Standards of ORPHEUS/AMSE/WFME? A Self-Evaluation, Journal of Modern Education Review, 2014; 4(8):639.
- **Demir Barutcu C**, Kalp Yetersizliği Yönetiminde Sosyal Desteğin Rolü, Kardiovasküler Akademi Derneği E-Bülten, Mayıs 2014.
- **Demir Barutcu C**, Mert H. Hemşirelikte Kültürlerarası Deneyim. Journal of Science and Culture, 2014; 2(6): 14-22.
- Mert H, **Demir Barutcu C**. Neuman Sistemler Modelinin Kalp Yetersizliğinde Kullanımı. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2013; 2(2): 64-70.
- **Demir Barutcu C**, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Neuman Sistemler Modeline Göre Hemşirelik Bakım Planı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2013; 6(2): 88-92.
- Mert H, **Demir Barutcu C**. Palliative Care in Heart Failure. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012; 11(2): 217-222.

EK 14. Tezden Yapılan Yayınlar

- **Demir Barutcu C**, Mert H, Bektaş M. The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Dutch Objective Burden Inventory, Asian Nursing Research, 2015, Kabul Edilmiştir, Basım Aşamasında.
- Mert H, **Demir Barutcu C**. Neuman Sistemler Modelinin Kalp Yetersizliğinde Kullanımı. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2013; 2(2): 64-70.
- **Demir Barutcu C**, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Neuman Sistemler Modeline Göre Hemşirelik Bakım Planı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2013; 6(2): 88-92.

Konu: Your Submission - E20140408R3
Gönderen: "Asian Nursing Research" <kaned@kan.or.kr>
Tarih: 17 Mart 2015, Salı, 10:44 am
Alıcı: canan.demir@deu.edu.tr (**diğer alıcılar**)
Öncelik: Normal
Seçenekler: [Tüm Başlıkları Göster](#) | [Yazdırılabilir Şekilde Göster](#) | [Bunu do](#)

Ms. Ref. No.: E20140408R3
Title: The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Dutch Objective Burden Inventory
Asian Nursing Research

Dear Mrs. canan demir barutcu,

I am pleased to inform you that your paper "The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Dutch Objective Burden Inventory" has been accepted for publication in Asian Nursing Research.

Thank you for submitting your work to Asian Nursing Research.

Yours sincerely,

Editorial Office
Editorial Office
Asian Nursing Research

For further assistance, please visit our customer support site at <http://help.elsevier.com/app/answers/list/p/7923>. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions and learn more about EES via interactive tutorials. You will also find our 24/7 support contact details should you need any further assistance from one of our customer support representatives.

The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Dutch Objective Burden Inventory

Summary

Purpose: The purpose of this study is to assess of psychometric properties of Dutch Objective Burden Inventory (DOBI) for the Turkish society.

Methods: This is a descriptive, methodological study whose sample was composed of 230 heart failure patients' caregivers.

Results: The DOBI was translated using translation and back-translation. The translated Turkish version was submitted to the eight expert opinion for an analysis of its content validity. Scores of experts were evaluated using the Kendall W analysis, and no statistically significant difference was found among the scores (Kendall $W = .135$, $p = .338$). In the confirmatory factor analysis, factor loads was found between 0.75 and 1.00 for all scales, the DOBI demonstrated acceptable internal consistency (the components displayed alpha scores from 0.96 to 0.99), good test-retest reliability (no statistically significant differences were found, $p > 0.05$).

Conclusions: The Turkish version of the DOBI scale is a valid and reliable tool for the Turkish population. It can be used in nursing practices and research.

Keywords: caregivers; heart failure; nursing; reliability; validity

Introduction

Heart failure (HF) is a frequent health problem whose incidence rate increases each year with high mortality and morbidity rates [1]. HF is a significant health problem due to its high prevalence, the steady increase in this prevalence, and very high morbidity and mortality rates it causes. HF is a disease which leads to low quality of life due to the patient's failure to meet basic needs, change in body image [2], lack of self-care behaviours and activities of daily living [3,4], chronic fatigue, sexual dysfunction [5, 6], and concerns about the future [7]. As the stages of the disease progress, the patients require the help of others to meet their basic needs with most of the care being provided by family members. Frequent hospitalisation of patients with heart failure due to the effects of their intensifying symptoms, their cognitive deficiency, medication regimens, and implanted devices can all cause an increase in the stress levels and overall burden on care givers, causing them to experience depressive symptoms and the impairment of their emotional and physical health [8]. Since heart failure requires a long period of treatment after the diagnosis, this affects not only patients but also caregiver families physically, psychologically, socially, spiritually and also causes an economic burden along with intense stress [9].

In the study of Hooley, Butler, & Howlett (2005), in which they examined the relation between the life quality and depression of caregivers of heart failure patients and their burden, the authors stated that a caregiver's burden is related to his or her depression, and that they have a low level of life quality [10]. Emotional and physical burdens cause caregivers to have more anxiety and depression than normal, to have impaired health, to visit doctors more often, and to use more psychotropic medicine [11]. In their work, Aldred, Gott, & Gariballa (2005) stated that heart failure affects the whole life of patients and caregivers [12]. Boyd et al. (2004) explained that patients and caregivers cannot receive professional support have a great need for support during diagnosis, and they experience problems because of physical limitations and psychosocial effect. It is also found that all these factors increase the burden of caregivers and negatively affect patients' and caregivers' psychosocial situation [13].

While the importance of support is emphasized for patients with HF, the physical [14], psychological [15, 9], social [12], economic [9], and spiritual burden [9] on caregivers is ignored. A caregiver's burden has an obvious impact on heart failure care, but this issue has not been researched adequately. In order to reduce the burden of the caregiver, the first thing

to do is to determine the nature of the burden that is experienced. Nursing interventions can be planned for caregivers. This information can become a part of the caregivers support and the provider can use it as a point of reference and as a continuous assessment tool when planning the patients care. As a result patients and caregivers' quality of life can increase. Thus, it is compulsory to measure the burden of HF patients' caregivers through appropriate measurement tools; however, there is no reliable or valid measurement tool in Turkey. The Dutch Objective Burden Inventory (DOBI) is one of the most frequently used scales in the field, but a validated Turkish version has not been available.

The DOBI should be adapted to Turkish society so it may be used in Turkey. Even though some concepts are common phenomena for many societies, tests developed in a specific culture and a specific language reflect comprehension, conceptualization, and sampling characteristics of that specific culture. Tests should be systematically examined in detail [16, 17, 18]. This study was carried out to assess the psychometric properties of DOBI, developed by Luttik et al. (2008) for the Turkish society [14].

Methods

Study design

This study used a descriptive, methodological design.

Setting and sample

The study was conducted in cardiology outpatient clinics and services of a university hospital. It is recommended that sample number should be five or ten times more than the scale item number to perform the factor analysis for scale validity and reliability studies [19]. In this study, it was aimed to reach at least 190 caregivers on the basis of scale item number, and 230 caregivers were included in the research sample. For test-retest purposes, the instrument should be administered for the second time. For test-retest analysis, a group of at least 30 is recommended [17, 20]. In this study, ten days following the first administration, the DOBI was given to 30 caregivers who were willing to take part in the retest. For the purposes of the study, a caregiver was defined as the person who the HF patient identified as the primary helper with their daily activities, who voluntarily accepted to participate in the research, was literate in Turkish, had no hearing or speaking impairment, and was aged 18

years and older. Factors that disqualified caregivers from sampling were their diagnosis with any psychiatric disease and their care being provided to patients at a price.

Instruments

Demographic and Care Related Characteristics

This form is comprised of 11 questions regarding caregivers' sociodemographic characteristics: Age, sex, marital status, educational status, occupation, social insurance, economic condition, his/her relation to patient, whether he/she lives with patient, care giving period, and whether he/she has a chronic disease.

Dutch Objective Burden Inventory (DOBI)

The DOBI, which Luttik et al. developed in 2008, was used in the research to examine the reliability and validity of this scale for the Turkish Society. The DOBI is measuring objective and subjective burden in care givers for heart failure patients. This scale is composed of 38 items in total. It has four sub-scales including personal care (11 items), practical related support (11 items), motivational support (10 items), and emotional support (6 items). Each item represents a specific caregiving task. Using a three-point Likert scale format, caregivers were asked to rate both the frequency and perceived burden for each caregiving task. If a care giver did not perform a specific task, no response is required for the subjective component of that specific item. Frequency responses represent objective burden and perceived burden scores represent subjective burden. Higher scores represent higher levels of care giver burden. Mean objective and subjective burden scores are reported for each domain. Total scores for all components range from 1 to 3. Total scores for each component were computed by adding the items values in each component and then dividing them by the number of items in that component. The internal consistency of the components was calculated using the Cronbach's alpha. The components of DOBI's objective burden displayed alpha scores from 0.81 to 0.84 [14].

Procedure

Translation of the DOBI

Language validity of the scale was analyzed as the first step of the research conducted to test the validity of the scale for the Turkish society. Inventory was translated from English

into Turkish by all researchers and two linguists. The researchers reviewed this preliminary Turkish version of the scale and then drafted one Turkish version of the DOBI. The forward-translated version was then back-translated by a professional bilingual translator unfamiliar with either the English or the Turkish versions of the DOBI to ensure the accuracy of the translation. The translated English form and the original form were compared by the researchers. If the items or response choices between the forward-translated and back-translated instruments did not agree, the choice of words was discussed among the translators until a final version was composed [17, 18].

Content validity of the DOBI

The translated Turkish version was submitted to the expert opinion (five faculty members from the Faculty of Nursing and three clinical nurses from the Department of Cardiology) for an analysis of its content validity. Experts were asked to rate each item in the Turkish version of the DOBI based on relevance, clarity, and simplicity on a scale of one (not appropriate at all) to ten (completely appropriate).

Pre-test

Acquiring the final form with expert opinions, the scale was used in pre-interviews conducted with 12 caregivers. The data from caregivers to whom pre-implementation was performed was not used within validity and reliability study results.

Data collection

The data was acquired by the researcher between March 2012 and March 2013 in a face-to-face interview method, explaining the aim of the research to the caregivers who were part of the research sampling in the clinics where the research was carried out.

Data analysis

Analysis was conducted using descriptive statistics and appropriate reliability and validity statistical tests using the Statistical Package for the Social Services SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Confirmatory factor analysis (CFA) was assessed by using LISREL. Expert opinions for the content validity of the scale were evaluated through Kendall W analysis. CFA was used for construct validity [21-23]. Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient

was used in the reliability analysis, as well as item total score correlation and Cronbach alpha analysis. Test-retest measurement was assessed using Pearson Correlation and a dependent t-test with ten days interval [17, 18].

Ethical considerations

Written permission from Maria Louise Luttik, who developed this scale, was received through e-mail to examine the reliability and validity of the DOBI in Turkey. Written permission from Dokuz Eylül University Ethical Committee (246-GOA2011/22-19-30.06.2011) and the Dokuz Eylül University Hospital (334/25.05.2011) was also obtained. The objective of the research was explained to the participants and written permission was received from those agreeing to participate in the research.

Results

Sociodemographic characteristics

Caregivers had a mean age of 53.71 ± 12.49 years, were mostly female (78.3%), married (83.9%), and graduated primary school (45.2%). Caregivers were either spouses (47%), adult children (41.3%), or other friends or relatives (11.7%). The average caregiving period was 5.8 years. 87.8% of the caregivers live with the patient. Patients had a mean age of 70.11 ± 11.20 years, were mostly men (50.9%) and married (67.4%). Patients' Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) value average was 34.1, and the average heart failure period was 6.5 years. It was discovered that 91.3% of the patients and 45.7% of the caregivers had another chronic disease.

Descriptive statistics of the DOBI objective and subjective portion

The mean score of the caregivers was 1.73 ± 0.73 in the personal care scale, 2.59 ± 0.67 in the practical care scale, 2.58 ± 0.53 in the motivational support scale, and 2.76 ± 0.41 in the emotional support scale (Table 1). The mean score for subjective portion of the caregivers was 1.65 ± 0.72 in the personal care scale, 1.64 ± 0.78 in the practical care scale, 2.07 ± 0.62 in the motivational support scale, and 2.09 ± 0.64 in the emotional support scale (Table 4).

Validity Test

DOBI's Concordance Validity

Scores of the eight experts were evaluated using the Kendall W analysis, and no statistically significant difference was found among the scores (for DOBI, Kendall $W=.14$, $p=.338$). Consequently, it was determined that expert scores were consistent low level with one another.

Construct validity

Explanatory factor analysis

As a result of the exploratory factor analysis of the scale, it was found that KMO (Kaiser-Mayer-Olkin) coefficient was 0.882 and Barlett test result was $\chi^2 = 15749.295$; $p = 0.000$. The factor loadings of the scale ranged from 0.79 to 0.94. The explained total variance was 90.3%. The total variance explained by each factor was 48% for the personal care, 27.5% for practical support, 8.1% for motivational support and 6.4% for emotional support.

Confirmatory factor analysis

Confirmatory factor analysis was performed to confirm the consistency of scales for construct validity in the study to adapt the DOBI into Turkish. Consistency values were determined as follows: “chi square value/degree of freedom=3.24 ($\chi^2/df= 3.24$ (1201.55/370).”, “Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)= 0.09”, “Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)= 0.04”, “Comparative Fit Index (CFI)= 0.97”, “Non-Normed Fit Index (NNFI)= 0.97”, “Normed Fit Index (NFI) = 0.96”, “Incremental Fit Index (IFI) = 0.97”, “Goodness of Fit Index (GFI) = 0.76”.

The personal care scale factor loading was 0.75-0.96, for the practical support scale factor loading was 0.88-1.00, for the motivational support scale factor loading was 0.92-0.99, and emotional support scale factor loading was 0.92-0.97 (Figure 1). The factor loadings of the scale ranged from 0.75 to 1.00. The items that were less than 0.30 in terms of factor loadings were items' 15-22 in the practical support subscale. For that reason these items are removed from scale.

Reliability

Internal consistency analysis

When item-item score correlations of 30 items were examined in the reliability analysis of the DOBI, it was found to be 0.94-0.99 in the personal care, 0.92-0.99 in the practical care, 0.79-0.99 in the motivational support, and 0.67-0.99 in the emotional support scale, at a statistically significant level ($p < 0.001$). (Table 2).

When item-subscale score correlations of 30 items were examined in the reliability analysis of the DOBI, it was found to be 0.80-0.95 in the personal care (11 items), 0.93-0.98 in the practical care (3 items), 0.93-0.99 in the motivational support (10 items), and 0.96-0.98 in the emotional support scale (6 items), at a statistically significant level ($p < 0.001$) (Table 2).

In the analysis conducted to test the internal consistency which is one of the reliability indicators of the DOBI, Cronbach alpha coefficient was 0.98 for personal care, 0.96 for practical care, 0.99 for motivational support, and 0.98 for emotional support of scale (Table 1).

Test-retest reliability

No statistically significant differences were found ($p > 0.05$) (Table 3).

When the relationship between scores obtained from first and second administration was evaluated with Pearson correlation analysis, it was determined that there was a very strong, positive, and statistically significant relationship between test-retest scores ($r \geq 0.98$, $p < 0.001$) (Table 3).

Discussion

If a scale will be used in a different language, it must display the same reliability and validity characteristics as its original form. Thus, validity and reliability of DOBI needed to be evaluated as it would be used in the Turkish sample. The results of this study provide support for the reliability and validity of the DOBI to measure the burden of in Turkish HF patients' caregivers.

The use of CFA is recommended in examining the construct validity in the scale adaptation studies to test an existing hypothesis regarding the structure of items in the scale,

compare the factor structure of the adapted scale to the original factor structure, and evaluate similarities and differences [17].

In this study, it was determined at the end of CFA that factor loads of all items were between 0.75 and 1.00 (Figure 1). CFA recommends that each item should have a model-data fit coefficient value of at least 0.30 and above [21]. Thus, it was observed in this scale study that model-data fit was sufficient. Goodness of fit statistics should also be at the desired level in the confirmatory factor analysis. In the chi-square test performed as the fit statistic, it was determined that chi-square fit value was significant ($\chi^2/\text{df} = 3.24$ (1201.55/370)). The fact that this value is two or less means that it is a good model. However, the fact that this value is five or less shows us that the model has an acceptable goodness of fit [21]. It was observed in the study that model-data fit was poor but acceptable.

The other frequent tests used to measure goodness of fit are RMSEA, SRMR, CFI, NNFI [21, 23]. RMSEA in the range of 0.05 to 0.10 was considered an indication of fair fit and values above 0.10 indicated poor fit. It was then thought that an RMSEA of between 0.08 to 0.10 provides a mediocre fit and below 0.08 shows a good fit [21, 23]. In this study, the fact that RMSEA value was significant at 0.09 showed that fit was mediocre but acceptable.

A value of SRMR lower than 0.10 and CFI, NNFI values equal to or more than 0.90 indicate that there is fit in the scale [21, 23]. In this study, SRMR, CFI, and NNFI values indicated a good fit. Results of this study support the construct validity of the Turkish version of the DOBI and that it is a valid instrument for use in Turkish samples.

Unlike the initial DOBI validation study, this study recruited both spousal and non-spousal care givers on the version of the DOBI tested in this study. In the scale; practical support (second component) in eight items (15-22) factor load lower 0.30 for that reason these items are removed from scale because it is not appropriate to the Turkish culture and health care systems. Caregivers are not filling forms or pay for insurance, are not organized home care services and physical assistance services and if the patients had problem they apply hospital polyclinics or emergency room. They don't use by telephone to reach health professionals are consulted when the problem. Because of all these cultural feature these items removed from the scale.

In this study, the DOBI scale demonstrated acceptable internal consistency. One of the methods used to evaluate the internal consistency in the adapted scales in terms of reliability is the item analysis. Even though sufficiency level of item-item score correlation coefficients

displays variety in the literature, in general, minimum level is accepted as 0.20, items with reliability coefficients between 0.30 and 0.40 are considered as “good”, while items having reliability coefficients above 0.40 are reported as ideally distinctive, and thus reliable [17, 24]. In this study, item-item score correlation coefficients were 0.67 and above.

One of the methods recommended to evaluate the internal consistency is Cronbach alpha reliability coefficient. If Cronbach alpha coefficient is lower than 0.40, measurement tool is not reliable; if it has a Cronbach alpha coefficient between 0.40 and 0.59, it has a low reliability; if it is between 0.60 and 0.79, it is regarded as relatively reliable, while if Cronbach alpha value is between 0.80 and 1.00, the scale is considered as highly reliable [19]. In our study, Cronbach alpha coefficient of the scale was found to be within reliable limits (minimum =0.96 and maximum=0.99). In the study conducted by Luttik et al. (2008), internal consistency coefficient of scale varies from 0.81-0.84. In the study conducted by Makdessi, Harkness, Luttik,& Mckelvie (2011), internal consistency coefficient of scale varies from 0.81-0.92 [25].

Test-retest analysis is one of the most frequently used reliability analyses and evaluates the invariance characteristic of the measurement tool. Obviously, there was consistency between measurements performed at specific intervals as there was not a difference between test-retest score averages, test-retest reliability coefficient was above 0.98, and there was a statistically positive and highly significant relationship between test-retest scores [20, 24]. The Turkish DOBI was found to have a high level of reliability.

Conclusion

In this study where reliability and validity of the DOBI for the Turkish society were examined, adaptation studies were conducted in accordance with international scientific methods. This study provides evidence that the Turkish version of the DOBI is a reliable and valid instrument for assessing Turkish HF patients’ caregivers. It was concluded that the scale could be employed in the nursing practices and research in Turkey.

Table 1 Caregivers' DOBI Sub-Scale Scores and Cronbach α Scores (n=230)

<i>DOBI Scales</i>	<i>Cronbach α</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M $\pm$ SD</i>
Personal care (1-11.items)	0.98	1-3	1.73 $\pm$ 0.73
Practical care (12-14.items)	0.96	1-3	2.59 $\pm$ 0.67
Motivational support (23-32. items)	0.99	1-3	2.58 $\pm$ 0.53
Emotional support (33-38.items)	0.98	1-3	2.76 $\pm$ 0.41

Table 2 *Characteristics of Items in DOBI Scale Scores (n=230)*

<i>DOBI Sub-Scales</i>	<i>DOBI Items</i>	Item-item score correlations (<i>r</i>)*	Item-subscale score correlations (<i>r</i>)*	<i>p</i>
Personal care (1-11.items)	In the past three months, did you support your partner			
	(1) No, never			
	(2) Yes, sometimes or regularly			
	(3) Yes, often or always			
	1. in eating and drinking	0.94	0.94	p:<.001
	2. in washing and bathing	0.97	0.92	p:<.001
	3. in getting dressed and un-dressed	0.97	0.95	p:<.001
	4. in going to the toilet	0.97	0.93	p:<.001
	5. by assisting with appearance (brushing teeth, nail care, combing hair)	0.94	0.95	p:<.001
	6. in walking in and around the house	0.99	0.94	p:<.001
	7. in getting into and out of bed or chair	0.99	0.92	p:<.001
	8. in walking stairs	0.99	0.80	p:<.001
	9. in finding a comfortable position in bed	0.96	0.92	p:<.001
	Which of the following statements fits your personal situation?			
Practical care	10. I have to be available for 24 hours a day to take care of my partner	0.99	0.89	p:<.001
	11. My partner also needs my help frequently at night	0.99	0.87	p:<.001
	Are you the one that;			
	12. performs the light household activities (dusting/doing the dishes)	0.92	0.98	p:<.001
	13. performs the heavy household activities (vacuuming/washing the floors)	0.99	0.98	p:<.001

(12-14.items)	14. does the shopping	0.99	0.93	p:<.001
	In the previous three months, did you support your partner:			
	23. in following the fluid prescriptions	0.83	0.99	p:<.001
Motivational support	24. in following the diet prescriptions (e.g. seeking low-salt products)	0.79	0.99	p:<.001
(23-32. items)	25. in regular weighing	0.99	0.98	p:<.001
	26. in following the prescriptions on physical activity and exercise	0.90	0.98	p:<.001
	27. by motivating to stick to the diet prescriptions	0.99	0.97	p:<.001
	28. by motivating to quit or reduce smoking	0.99	0.93	p:<.001
	29. by motivating to activities and exercise	0.99	0.99	p:<.001
	30. by motivating to take medications (at the right time)	0.99	0.95	p:<.001
	31. by motivating to stick to the fluid prescriptions	0.99	0.98	p:<.001
	32. by motivating to start working again	0.99	0.97	p:<.001
	In the previous three months, did you support your partner:			
	33. by providing comfort	0.67	0.96	p:<.001
Emotional support	34. by talking to reduce anxiety	0.88	0.96	p:<.001
(33-38.items)	35. by talking to reduce depressive feelings	0.93	0.96	p:<.001
	36. by talking about worries and problems	0.99	0.98	p:<.001
	37. by showing understanding	0.99	0.96	p:<.001
	38. by keeping him/her company	0.99	0.96	p:<.001

*pearson correlation at a statistically significant level (p:<.001).

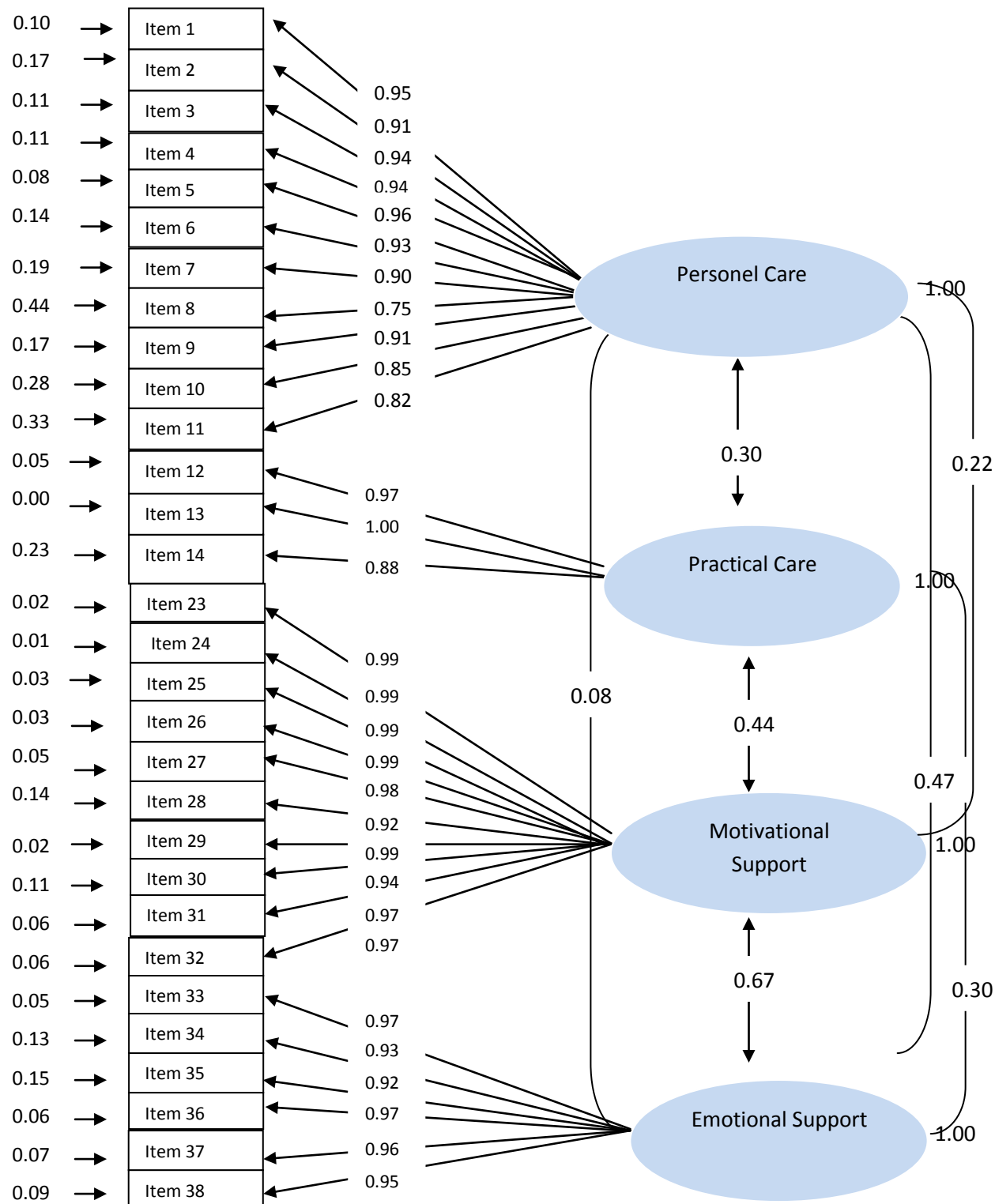
Table 3 Comparison of DOBI Test-Retest Score Means and Correlations (n=30)

<i>DOBI sub- scales</i>	<i>First</i>	<i>Second</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
	<i>administration</i>	<i>administration</i>				
	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>				
<i>Personal care</i>	1.73 ± 0.65	1.74 ± 0.65	-1.68	0.103	0.99	0.001
<i>Practical related support</i>	2.73 ± 0.44	2.72 ± 0.44	1.00	0.326	0.99	0.001
<i>Motivational support</i>	2.18 ± 0.55	2.19 ± 0.55	-1.36	0.184	0.99	0.001
<i>Emotional support</i>	2.26 ± 0.52	2.28 ± 0.50	-1.14	0.264	0.98	0.001

Table 4 *DOBI Objective Burden and Subjective Burden Scores*

	<i>Objective burden</i>	<i>Subjective burden</i>
<i>DOBI sub- scales</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>
<i>Personal care</i>	1.73 ± 0.73	1.65 ± 0.72
<i>Practical related support</i>	2.59 ± 0.67	1.64 ± 0.78
<i>Motivational support</i>	2.58 ± 0.53	2.07 ± 0.62
<i>Emotional support</i>	2.76 ± 0.41	2.09 ± 0.64

Figure 1 *DOBI's confirmatory factor analysis model*



References

1. Jessup M, Abraham W, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 Focused Update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines developed in collaboration with the international society for heart and lung transplantation. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53(15): 1347-1369. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2008.11.009>
2. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı [Internal medicine and nursing care]. İstanbul: SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003.
3. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung*. 2001; 30(5): 351-359. <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2001.118611>
4. Johansson P, Agnebrink M, Dahlström U, Broström A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective: a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004; 3: 7-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2003.09.004>
5. Moser DK, Watkins JF. Conceptualizing self-care in heart failure: a life course model of patient characteristics. *J Cardiovasc Nurs*. 2008; 23(3): 205-218. <http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000305097.09710.a5>
6. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart & Lung*. 2001; 30(2): 105-116. <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2001.114140>
7. Jones DL, Adams R, Carnethon M, Simone GD, Ferguson TB, Flegal K, et al. AHA statistical update: heart disease and stroke statistics. *Circulation*. 2009; 119: e21-e181. <http://dx.doi.org/10.1161/>
8. Pressler S, Pizlo IG, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J, et al. Family caregiver outcomes in heart failure. *Am J Crit Care*. 2009; 18(2): 149-159. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009300>
9. Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure: review and analysis. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7(4): 592-603. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.07.008>

10. Hooley PJD, Butler G, Howlett JG. The relationship of quality of life, depression and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. *Congest Heart Fail.* 2005; 11(6): 303-310. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1527-5299.2005.03620.x>
11. Schulz R, Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA.* 1999; 282(23): 2215-2219.
12. Aldred H, Gott M, Gariballa S. Advanced heart failure: impact on older patients and informal carees. *J Adv Nurs.* 2005; 49(2): 116-124.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03271.x>
13. Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, Worth A, Benton TF, Clausen H. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *Eur J Heart Fail.* 2004; 6(5): 585-591.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejheart.2003.11.018>.
14. Luttik ML, Jaarsma T, Tijssen JG, Veldhuisen DJV, Sanderman R. The objective burden in partners of heart failure patients: development and initial validation of the Dutch objective burden inventory. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008; 7(1): 3-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejnurse.2007.02.005>
15. Bakas T, Pressler SJ, Johnson EA, Nauser JA, Shaneyfelt T. Family caregiving in heart failure. *Nurs Res.* 2006; 55(3): 180-188.
16. Ercan I, Kan I. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik [Reliability and validity in the scales]. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2004; 30(3): 211-216.
17. Gözümlü S, Aksayan SA. Guide for transcultural adaptation of the scale II: psychometric characteristics and cross-cultural comparison. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing-HEMAR-G.* 2003; 5(1): 3-14.
<http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2003/2003-vol5-say1-65.pdf>. Access date: 05/03/2015
18. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi [Scientific research method]. 10th ed. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. 2000. pp.136–153.
19. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri: SPSS uygulamaları [Statistical analysis techniques: using SPSS in medical research]. Ankara: Emek Ofset Ltd.Şti. 2005.

20. Polit D, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed., London: Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins. 2008.
21. Harrington D. Confirmatory factor analysis. USA: Oxford University Press. 2009, pp. 21-35.
22. Lobiondo-Wood G, Haber J. Reliability and validity. In G. Lobiondo- Wood, & J. Haber (Ed.), Nursing Research (6thed.). 2006. (pp. 335-399). Missouri: Mosby Elsevier.
23. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. [Structural equation modeling entry: basic principles and LISREL practices]. Ankara: Cem Web Ofset, 2007.
24. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi [Attitude measurement and data analysis with SPSS]. 2nd ed. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım, 2002.
25. Makdessi A, Harkness K, Luttik ML, Mckelvie RS. The Dutch objective burden inventory: validity and reliability in a Canadian population of caregivers for people with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10(4): 234-240.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejnurse.2010.08.006>

NEUMAN SİSTEMLER MODELİNİN KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANIMI

Use of neuman systems model in heart failure

Hatice MERT¹, Canan DEMİR BARUTCU²

ÖZET

Hemşirelik modelleri bir hemşire olarak neye odaklanılacağı ve bakım aşamı belirler. Hemşirelikteki kavramsal modellerin değeri hemşireliğin temel kavramlarına ortak bir anlam getirmeleridir. Bu katkının sağlanması için bir teori ya da modelin, uygulamalarda rehber olarak kullanılması önemlidir. Teoriler, hemşirelik uygulamaları için bir çerçeve oluşturmakta, hemşireye bir bakım aşamı sağlamakta ve doğru kararlar verilmesinde yol gösterici olmaktadır. Hemşireler toplumdaki bireylerin sağlığını korumayı, geliştirilmesi ve hastaların tedaviden yararlanması için hemşirelik teorilerine dayalı hemşirelik bakım modellerinden yararlanırlar. Bu modellerden birisi de Neuman Sistemler Modeli'dir. Neuman Sistemler Modeli iyileşme adaptasyonu, bütüncül yaklaşım, açık sistem özellikleri ile bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritual ve gelişimsel beş major değişkenine yer vererek nederiyle hastalara bütüncül yaklaşım ve hemşirelik uygulamalarına rehber olma da uygun bir modeldir. Bu modelde sistem yaklaşımı temel alınarak strese karşı sistemin nasıl denge durumunda kalabildiği açıklanmaktadır. Bireyin denge durumunu bozan kronik hastalıklardan birisi olan kalp yetersizliği önemli bir sağlık problemidir. Bu makalede; Neuman Sistemler Modelinin kalp yetersizliğinde kullanımı açıklanacaktır.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik, neuman sistemler modeli, kalp yetersizliği.

ABSTRACT

Nursing models determine the focal points and viewpoint of a nurse. The importance of conceptual models in nursing is that they bring a common sense to the basic concepts of nursing. Thus, it is of great importance to use a theory or model in practice to ensure this contribution. Theories provide a framework for nursing practices, offer a viewpoint to nurses and help them to take right decisions. Nurses use nursing care models based on nursing theories to protect and improve the public health and to make patients benefit from treatments. One of these models is the Neuman Systems Model. Neuman Systems is an appropriate model to provide a holistic approach towards patients and to guide the nursing practices as it pays importance to five major variables of the individual including physiological, psychological, sociocultural, spiritual and developmental variables with its holistic, open system features adapted to goodness. In this model, how the system strikes a balance against the stressor is explained on the basis of system approach. On the other hand, heart failure which is one of the chronic diseases disturbing the balance of the individual is an important health problem. In this paper, the use of Neuman Systems Model in heart failure will be explained.

Key words: Nursing, neuman systems model, heart failure.

¹ Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı, İZMİR

² Araş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı, İZMİR

Yazışma Adresi

Araş.Gör. Canan DEMİR BARUTCU, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 35340, İnciraltı, İZMİR

e-mail:canan.demir@deu.edu.tr

Tel:02324124792

Geliş tarihi/Received:25/12/2012; Kabul tarihi/Accepted:07/11/2013

Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı Örneği

Cemal Demir Barışçı* Hatice Mart**

Özet

Hemşirelik modelleri hemşirelik bakım ve uygulamalarına bir çerçeve çizer. Hemşirelikteki kavramsal modellerin değeri hemşireliğin temel kavramlarına ortak bir alanın getirmeleridir. Bu katkının sağlanması için bir teori ya da modelin, uygulamalarda rehber olarak kullanılması önemlidir. Bu modellerden birisi de Neuman Sistemler Modeli'dir. Neuman Sistemler Modeli iyiliğe adapte olma, bütüncül yaklaşım, açık sistem özellikleri ile bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spirüel ve gelişimsel beş major değişkenine yer vermesi nedeniyle hastaların bütüncül yaklaşımı ve hemşirelik uygulamalarına rehber olma da uygun bir modeldir. Bu makale, Neuman Sistemler Modeli'nin kalp yetersizliği hastasının bakımında model kullanma örnek olarak yazılmıştır.

Anahtar sözcükler: Neuman Sistemler Modeli, Kalp Yetersizliği, Hemşirelik.

Sample of Nursing Care Plan of an Individual with Congestive Heart Failure According to the Neuman Systems Model Abstract

Nursing models draw a frame for nursing care and applications. The value of conceptual models in nursing is that they give a common meaning to the basic concepts of nursing. In order to enable this contribution, it is important to use a theory or model as a guide in applications. One of these models is the Neuman Systems Model. Neuman Systems Model is a convenient model to be a guide for integrated approach to patients and nursing applications, since it is adapted to goodness, has an integrated approach, and involves five major variables of the individual such as physiological, psychological, sociocultural, spiritual and developmental with open system features. This article was written as a sample for the use of Neuman Systems Model in the care of a patient with congestive heart failure.

Keywords: Neuman Systems Model, Heart Failure, Nursing.

Geliş tarihi: 26.12.2012

Kabul tarihi: 04.04.2013

Hemşirelik modelleri hemşirelik bilgisini ve uygulamalarını sistematize ederek hemşireye rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim sağlar (Allgood ve Tomney, 2006; Fawcett, 2005; McEwen ve Wills, 2005). Ayrıca model kullanımı, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rolüne ve uygulamalarına odaklanmasını sağlar (Gigliotti, 2008). Bu nedenle bir teori ya da modelin, uygulamalarda rehber olarak kullanılması önemlidir. Bu modellerden birisi de Neuman Sistemler Modeli'dir. NSM, insan ve çevresini anlamak, değişik hemşirelik sorunlarına organize yaklaşımda bulunmak için birleştirici bir odak sağlamaya amaçlayan ve bireyi etkileyen fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spirüel ve gelişimsel tüm değişkenleri içine alan bütüncül yaklaşım ve çok boyutlu bir modeldir (Valioğlu, 2012).

Bu makale, Neuman Sistemler Modeli'nin kalp yetersizliği hastasının bakımında model kullanma örnek olarak yazılmıştır.

Neuman Sistemler Modeli

Neuman'a göre insan çevresi ile etkileşen açık bir sistemdir, uyum ve dengesi sağlanabilmesi için iç ve dış çevre ile sürekli etkileşim halindedir (Fawcett, 2005; Gigliotti, 2001). Sağlık, normal savunma mekanizması ile dinamik stabil bir durumu ifade eder (Neuman ve Fawcett, 2002). Çevre hem iç hem dış stresörler ve direnç faktörlerini içerir. Stresörler nöbetir, birey bunları yararlı

ya da zararlı olarak yorumlar. Neuman'a göre stresör kavramının kişi içi, kişilerarası ve kişi dışındaki olmak üzere üç boyutu vardır (Fawcett, 2005). Hastalık, enfeksiyon ya da travmayla ilgili stresörler, tıbbi gibi yaşam olaylarına verilen tepkiler bireyin kendi içinde oluşan kişiye ait stresörlerdir (intrapersonal). Aile içinde çatışma, rol değişikliği, bağımlı olma durumu gibi birden fazla birey arasında ortaya çıkan durumlar kişilerarası stresörlerdir (interpersonal). Yoksulluk, eğitim sorunları ya da maddi durum gibi kişinin dışında oluşan stresörler kişisel olmayan stresörlerdir (extrapersonal) (Fawcett, 2005; Neuman ve Fawcett, 2002).

İnsan bir sistem olarak temel yapıyı koruyan birbirini izleyen hatlardan oluşur. Her bir savunma hattı kendinden sonra geleni koruyarak temel yapının zarar görmesini önlemeye çalışır. Bunlar emek savunma hatları, normal savunma hatları ve direnç hatlarıdır. Emek savunma hattı dıştaki kuruk çizgidir, normal savunma hattını çevreler, kısıt stre içinde huzla değişebilir. Eğer emek savunma hattı güçlü değilse ya da stresörler çok güçlü ise normal savunma hattına girer olur (Fawcett, 2005; Neuman ve Fawcett, 2002). Normal savunma hattı bireyin genel iyilik halidir ve emek savunma hattı kurduğunda aktive olur. Bireyin normalde kullandığı baş çıkma yöntemleri, yaşam biçimi gibi değişkenlerin ve davranışların bir sonucudur. Direnç hatları ise bireyin temel yapısını koruyan hatlardır ve normal savunma hattı kurduğunda harekete geçer. Direnç hattı bireyin zamanla öğrendiği olduğu baş etme yöntemleridir, bu baş etme stratejileri etkili ise temel yapının gelişmesi önlenir (Fawcett, 2005; Neuman ve Fawcett, 2002). Neuman (2002) temel yapının doğuştan gelen genetik özellikler ve yaşamı sürdürme faktörlerinden oluştuğunu belirtir. Şekil olarak bu modelin en içteki

* Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., E-mail: cemal.demir@deu.edu.tr, cevademir13@hotmail.com, ** Yard. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.