

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERDE ÖZ
BAKIM YÖNETİMİNİN İNCELENMESİ VE
HEMŞİRELİK BAKIM VE İZLEM
PROGRAMININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ**

DİLEK SEZGİN

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR – 2015

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD2009970099

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERDE ÖZ
BAKIM YÖNETİMİNİN İNCELENMESİ VE
HEMŞİRELİK BAKIM VE İZLEM
PROGRAMININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

DİLEK SEZGİN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Hatice MERT

DEÜ BAP Proje No: 2012KBSAG93

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2012KBSAG93
sayı ile desteklenmiştir.

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD2009970099

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Dilek SEZGİN, “**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERDE ÖZBAKIM YÖNETİMİNİN İNCELENMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIM VE İZLEM PROGRAMININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ**” konulu doktora tezini 18.09.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Hatice MERT
BAŞKAN



Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN
ÜYE



Doç. Dr. Sevgi KIZILCI
ÜYE



Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
ÜYE



Doç. Dr. Yasemin TOKEM
ÜYE

Doç. Dr. Özlem UĞUR
YEDEK ÜYE

Yard. Doç. Dr. Serap ÖZER
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı	8
2.2.Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi	8
2.3.Kalp Yetersizliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	9
2.4.Kalp Yetersizliği Tipleri	10
2.4.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği	10
2.4.2. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği	10
2.4.3. Düşük Ejeksiyon Fraksiyon (EF) ve Korunmuş EF’li Kalp Yetersizliği	11
2.4.4. Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği	11
2.4.5. Öne Doğru ve Geriye Doğru Kalp Yetersizliği	11
2.5.Kalp Yetersizliği Sınıflaması	11
2.6. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi	12
2.7. Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulgular	14
2.8. Kalp Yetersizliği Tanısı.....	15
2.9.Kalp Yetersizliği Tedavisi	17
2.9.1.Non Farmakolojik Tedavi	17
2.9.1.1. Risk Faktörlerinin Kontrolü (Semptomların Tanınması ve İzlemi).....	17
2.9.1.2. Tuz Kısıtlaması Yapılması	17
2.9.1.3. Aşırı Sıvı Alımının Önlenmesi	18
2.9.1.4. Kilo Kontrolü ve Kardiyak Kaşeksinin Önlenmesi	19
2.9.1.5. Düzenli Egzersiz Programı	19
2.9.1.6. Bağışıklama	20
2.9.1.7. Klinik Tabloyu Etkileyen Durumlardan Kaçınma	20
2.9.1.8. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	21
2.9.2. Farmakolojik Tedavi	23
2.9.2.1. Anjiyotensin Çevirici Enzim (ACE) İnhibitörleri	23
2.9.2.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB).....	24

2.9.2.3. Beta Blokerler	24
2.9.2.4. Hidralazin / İsosorbid Dinitrat	24
2.9.2.5. Diüretikler	25
2.9.2.6. Dijital Grubu İlaçlar	25
2.9.3. Cihaz Tedavileri	26
2.9.3.1. İmplant Edilebilen Cardioverter Defibrilatörler (ICD).....	26
2.9.3.2. Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi (KRT).....	26
2.10.Kalp Yetersizliği ve Öz Bakım	26
2.11.Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi	29
2.12.Kalp Yetersizliği ve Hastaneye Tekrar Yatma Durumu	32
2.13.Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisi	34

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI: NİTELİKSEL ARAŞTIRMA

Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi: Kalitatif Çalışma

3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.3. Araştırmanın Örneklemi	38
3.4. Veri Toplama Araçları.....	40
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	40
3.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	40
3.5. Verilerin Toplanması.....	40
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.7. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği.....	41
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	42
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
4. BULGULAR	43
4.1.Kolaylaştırıcılar	43
4.1.1. Semptomu Tanıma / Semptom Yaşamak İstememe	43
4.1.2. Korku	44
4.1.3. Aile Desteği	44
4.1.4. Tedaviye İnanma	45
4.1.5. Motivasyon	45
4.1.6. Mecbur Olma	45
4.2.Engeller	46
4.2.1.Alişkanlıklardan Vazgeçememe	46

4.2.2.Bilgi Eksikliği	47
4.2.3.Hastalığı Kabullenememe / Önemsememe	47
4.2.4.Kadercilik	47
4.2.5.Kendine Güvenmeme	48
5. TARTIŞMA	49
5.1.Kolaylaştırıcılar	49
5.1.1. Semptomu Tanıma / Semptom Yaşamak İstememe	49
5.1.2. Korku	49
5.1.3. Aile Desteği	50
5.1.4. Tedaviye İnanma	50
5.1.5. Motivasyon	50
5.1.6. Mecbur Olma	51
5.2.Engeller	51
5.2.1.Alişkanlıklardan Vazgeçememe	51
5.2.2.Bilgi Eksikliği	51
5.2.3.Hastalığı Kabullenememe / Önemsememe	52
5.2.4.Kadercilik	53
5.2.5.Kendine Güvenmeme	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI: NİCELİKSEL ÇALIŞMA

Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi

7.GEREÇ VE YÖNTEM	55
7.1. Araştırmanın Tipi	55
7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	55
7.3. Araştırmanın Örneklemi	55
7.4. Çalışma Materyali	59
7.5. Araştırmanın Değişkenleri	61
7.6. Veri Toplama Araçları.....	61
7.6.1. Kalp Yetersizliği Olan Bireyi Tanılama Formu	61
7.6.2. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi	61
7.6.3. Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği	63
7.7. Araştırmanın Planı.....	64
7.8. Verilerin Toplanması.....	64
7.9. Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisinin Araştırmada Kullanımı	67

7.10. Verilerin Değerlendirilmesi	68
7.11. Araştırmanın Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü	69
7.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	70
7.13. Etik Kurul Onayı	70
7.14. Tezin Bütçesi	70
8. BULGULAR	71
8.1. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Öz Bakım Durumlarının İncelenmesi	71
8.2. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi	74
8.3. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastaneye Yatma Durumlarının İncelenmesi	75
9. TARTIŞMA	77
9.1. Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Bireylerin Öz Bakımına Etkisi	77
9.2. Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Bireylerin Yaşam Kalitelerine Etkisi	80
9.3. Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Bireylerin Hastaneye Tekrar Yatma Durumuna Etkisi	81
10. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
10.1. Sonuç	83
10.2. Öneriler	83
11. KAYNAKLAR	84
12.EKLER	101
EK 1. Niteliksel Çalışma Kişisel Bilgi Formu	101
EK 2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	102
EK 3. Tez Uygulama Kurum İzin Belgesi	103
EK 4 Etik Kurul İzin Belgesi.....	104
EK 5 Niteliksel Çalışma Bilgilendirilmiş Onam Formu	106
EK 6 Kalp Yetersizliği İle Yaşam Eğitim Kitapçığı	107
EK 7 Magnet Şeklinde Düzenlenen Eğitim Materyali	154
EK 8 Telefon İzlem Yönergesi	155
EK 9 Kalp Yetersizliği Olan Bireyi Tanılama Formu	156
EK 10 Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi	157
EK 11 Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği	160
EK 12 Niceliksel Çalışma Bilgilendirilmiş Onam Formu	162
EK 13 Tezden Yapılmış Çalışmalar	163
EK 14 Araştırmacının Özgeçmişi	173

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	10
Tablo 2. NYHA Sınıflaması	12
Tablo 3. ACC/AHA Sınıflaması	12
Tablo 4. Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulguları	15
Tablo 5. Kalp Yetersizliği Tanısı İçin Framingham Kriterleri	16
Tablo 6. Kalp Yetersizliğinin Tedavisinde Non Farmakolojik Yöntemlere İlişkin Öneriler	21
Tablo 7. Örneklemeye Alınan Bireylerin Özellikleri	39
Tablo 8. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Öz Bakımlarını Nasıl Yönettiklerine İlişkin Oluşturulan Ana Tema ve Alt Temalar	43
Tablo 9. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Bireysel, Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	58
Tablo 10. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Öz Bakım İndeksi, Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	59
Tablo 11. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi'nin İç Tutarlılık Katsayıları	63
Tablo 12. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği'nin İç Tutarlılık Katsayıları	63
Tablo 13. Girişim ve Karşılaştırma Grubu Protokolü	65
Tablo 14. Öz Bakım İndeksi Alt Boyutları ve Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Araştırmanın Gücü ve Etki Büyüklüğü	69
Tablo 15. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (ITT Analizi)	71
Tablo 16. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri	73
Tablo 17. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (ITT analizi)	74
Tablo 18. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri	75
Tablo 19. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Hastaneye Yatma Durumlarının Karşılaştırılması (0-3 ay)	75
Tablo 20. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Hastaneye Yatma Durumlarının Karşılaştırılması (3-6 ay)	76

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojik Süreci	14
Şekil 2. Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisi Kavramları	36
Şekil 3. Araştırma Örnekleminin Girişim ve Karşılaştırma Grubuna Göre Dağılımı	57
Şekil 4. Araştırma Planı	64
Şekil 5. Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisinin Araştırmada Kullanımı	68

KISALTMALAR

KY: Kalp Yetersizliği

AHA: American Heart Association (Amerika Kalp Birliği)

ACC: American College of Cardiology (Amerika Kardiyoloji Birliği)

EF: Ejeksiyon Fraksiyon

NYHA: New York Heart Association (New York Kalp Birliği)

KAH: Koroner Arter Hastalığı

RAAS: Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi

ESC: European Society of Cardiology (Avrupa Kalp Birliği)

ACE: Anjiotensin Çevirici Enzim

ARB: Anjiotensin II Reseptör Blokerleri

ICD: İmplantı Edilebilen Cardioverter Defibrilatörler

KRT: Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi

HAPPY: Heart Failure Prevalance and Predictor in Turkey

(Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması)

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana her zaman destek olan, olumlu düşünmeye teşvik eden, farklı bakış açıları kazandıran ve motive eden danışmanım Doç. Dr. Hatice MERT'e, tez çalışmamın yürütülmesinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'a, desteğini her zaman hissettiğim Doç. Dr. Sevgi KIZILCI'ya, veri toplama sürecimde beni destekleyen ve rahat bir çalışma ortamı sağlayan Prof. Dr. Bahri AKDENİZ ve Uzman Dr. Ebru ÖZPELİT'e, veri toplama sürecimde yardımlarını esirgemeyen tüm DEÜ Kardiyoloji AD çalışanlarına, kardiyoloji servisi hemşirelerine, verilerin analizi konusunda yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Murat BEKTAŞ'a, DEÜ İç Hastalıkları Hemşireliği AD ekibindeki tüm hocalarıma, araştırmaya katılan tüm hastalara, her zaman yanımda olduklarını bildiğim aileme, dostlarım Çiğdem - Mustafa Küçük ve motivasyon kaynaklarım Şule, Deniz ve Damla'ya teşekkür ederim.

DİLEK SEZGİN

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERDE ÖZ BAKIM YÖNETİMİNİN İNCELENMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIM VE İZLEM PROGRAMININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Dilek SEZGİN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora
Programı, İnciraltı-İzmir, Türkiye.

dileksezzginn@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı; kalp yetersizliği olan bireylerde öz bakım yönetiminin incelenmesi ve hemşirelik bakım ve izlem programının “öz bakım, yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatma durumuna” etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma, niteliksel ve niceliksel araştırma olarak iki aşamada yürütülmüştür. Araştırmanın kavramsal çerçevesini Riegel ve Dickson (2008) tarafından geliştirilen “Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisi” oluşturmıştır. **Niteliksel araştırmada;** örnekleme, 18 yaş üzerindeki kalp yetersizliği olan bireyler (n: 24) oluşturmıştır. Veriler “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılarak “derinlemesine görüşme” yöntemiyle toplanmış, “içerik analizi” ile değerlendirilmiştir. **Niceliksel araştırmada;** Deneysel araştırma tasarımı kullanılmış, randomize kontrollü çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırma örneklemini 45 girişim ve 45 karşılaştırma olmak üzere 90 kalp yetersizliği olan birey oluşturmıştır. Girişim grubuna hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanmıştır. Veriler başlangıç, üçüncü ve altıncı ayda toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak kalp yetersizliği öz bakım indeksi, sol ventrikül disfonksiyon ölçeği uygulanmış, hastaneye yatma durumu bireylere sorularak ya da hastane kayıtlarından yararlanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: **Niteliksel araştırmada;** Kolaylaştırıcılar ve engeller olmak üzere iki tema ortaya çıkmıştır. **Niceliksel araştırmada;** Girişim grubunun öz bakım, yaşam kalitesi puanları ile karşılaştırma grubunun puanları arasında istatistiksel olarak üçüncü ve altıncı ayda anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Girişim ve karşılaştırma grubunun hastaneye yatma durumlarına göre karşılaştırılmasında başlangıç- üçüncü ayda anlamlı fark bulunurken, üçüncü-altıncı ayda anlamlı fark bulunmamıştır.

Sonuç: Elde edilen sonuçlar, kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının öz bakım ve yaşam kalitesini geliştirdiğini ve hastaneye tekrar yatma durumunu azalttığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Kalp yetersizliği, Öz bakım, Yaşam kalitesi, Hastaneye tekrar yatma, Hemşirelik.

EXAMINING THE SELF CARE MANAGEMENT IN INDIVIDUALS WITH HEART FAILURE AND THE EFFECT OF NURSING CARE AND FOLLOW-UP PROGRAM ON PATIENT OUTCOMES

Dilek SEZGİN

Dokuz Eylul University, Institute of Health Sciences, Philosophy of Doctorate to Department of Internal Medicine Nursing, Inciralti-Izmir, Turkiye.

dileksezginn@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to examine the self-care management in individuals with heart failure and the effect of nursing care and follow-up program on “self-care, quality of life and rehospitalization”.

Method: The study was conducted in two stages as qualitative and quantitative. The conceptual framework of the study consisted of the “Theory of Heart Failure Self Care” that was developed by Riegel and Dickson (2008). In the **qualitative study**; The sample consisted of individuals older than 18 who had heart failure (n: 24). The data were collected via the “in depth interview” method using the “semi-structured interview form” and were evaluated with the “content analysis”. In the **quantitative study**; Experimental study design was used and it was conducted as a randomized controlled study. The study sample consisted of 90 individuals with heart failure (45 intervention and 45 comparison). Nursing care and follow-up program was applied to the intervention group. The data were collected in the baseline, third and sixth months. Self Care of Heart Failure Index and Left Ventricular Dysfunction Scale were used as data collection tools and the hospitalization was evaluated either by inquiring the individuals or using the hospital records.

Results: As a result of the **qualitative study**; Two themes were suggested as facilitators and barriers. In the **quantitative study**; self care and quality of life scores were statistically significant differences between the intervention and comparison group. As a result of comparing the intervention and comparison groups according to their hospitalization, we determined a significant difference in the baseline - third months and no significant difference in the third - sixth months.

Conclusion: The results show that the nursing care and follow-up program being applied to individuals with heart failure improves the self-care and quality of life and decreases the rehospitalization.

Keywords: Heart Failure, Self Care, Quality of Life, Rehospitalization, Nursing.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kalp yetersizliği (KY) sık görülen, görülme sıklığı her geçen yıl artan, yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip önemli bir sağlık problemidir (Rosamond, Flegal, Friday, Frue ve ark., 2007). Amerika Kalp Birliği (American Heart Association, AHA) 2015 istatistiklerine göre Amerika'da yaklaşık 5.7 milyon kalp yetersizliği olan birey bulunmakta ve her yıl 870.000 yeni tanı eklenmektedir (Mozaffarian, Benjamin, Go, Arnett ve ark., 2015). Avrupa'da kalp yetersizliği görülme oranı yüksek olup 51 Avrupa ülkesinde 900 milyonluk nüfusta 15 milyon kalp yetersizliği olan birey bulunduğu belirtilmiştir (Stromberg ve Dickstein 2008). Türkiye'de de kalp yetersizliği önemli bir sağlık sorunudur ve Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması'nın (HAPPY 2007) sonuçlarına göre yaklaşık 2.4 milyon kalp yetersizliği olan birey bulunduğu belirtilmektedir (Değertekin 2007).

Kalp yetersizliği, semptomların kötüleşmesi ile seyreden, düşük yaşam kalitesi ve sık hastaneye yatışa neden olan bir hastalıktır. Kalp yetersizliği nedeniyle her yıl yaklaşık olarak bir milyon hastaneye yatış gerçekleşmekte, 33 milyar dolar bir maliyete neden olmaktadır (Rosamond, Flegal, Friday, Frue ve ark., 2007). Cline, Israelsson, Willenheimer, Broms ve arkadaşları (1998) makalesinde kalp yetersizliğinin en yaygın hastaneye yatma nedeni olduğunu, hastaneye yatışların genellikle ilk 30 gün içinde gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Hastaneye tekrarlı yatışların % 40'ından fazlasının bireyin yetersiz bilgiye sahip olmasından kaynaklandığı ve bu durumun önlenabilir olduğu belirtilmiştir. Karaca ve Mert (2011) kalp yetersizliği olan bireylerin hastaneye tekrarlı yatış sıklığını inceledikleri çalışmalarında kalp yetersizliği olan bireylerin iki kez hastaneye yatma sıklığı %21.9, üç kez hastaneye yatma sıklığı %27.7 ve dört kez hastaneye yatma sıklığı % 50.4 olarak bulunmuştur.

Kalp yetersizliğinin temel belirtileri dispne, yorgunluk, aktivite intoleransı, sıvı retansiyonu, pulmoner konjesyon ve periferik ödemdir. Kalp yetersizliği olan bireylerin yaşadığı belirtiler bireylerin fonksiyonel kapasitesini, konforunu ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Dickettsin, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark., 2008). Fonksiyonel bozuklukların olması da bireylerin öz-bakım aktivitelerini yerine getirmelerini olumsuz etkilemektedir (Moser ve Watkins 2008). Öz bakım, bireylerin ve bakım verenlerin günlük aktivitelerini düzenleme, bakım sağlama ve sağlığı düzeltme, iyi oluş halini sürdürme, hastalıklardan koruma ve kronik hastalıkları yönetme sürecidir (Allgood ve Tomey 2006; Fawcett 2005). Uygun öz bakım girişimleri ile sağlık problemleri erken tespit edilebilir ve koruma sağlanabilir. Genel sağlık düzeyi ve yaşam kalitesi artırılabilir. Kalp yetersizliği gibi

kronik hastalığı olan bireylerin sağlık sonuçları geliştirilebilir ve bakım giderleri azaltılabilir (Moser ve Watkins 2008). Ancak kalp yetersizliği olan bireylerde öz bakımın sağlanmasında çok fazla güçlük yaşanmaktadır. Bu nedenle bireyler öz-bakımlarını sağlamada başarısız olmaktadır. Hastalık ilerledikçe bireyler yaşamları konusunda düzenlemeler yapmak durumunda kalmaktadırlar. Yaşam şeklindeki düzenlemeler için özel bilgi ve becerilere gereksinim vardır. Bu aşamada hasta birey ve aileleri öz bakımın sürdürülebilmesi için hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadırlar (Jaarsma, Halfens, Senten, Huijer Abu Saad ve ark.,1998).

Kalp yetersizliği olan bireylerin eğitimi, öz bakımın geliştirilebilmesi için yapılması gereken girişimlerin başında yer almaktadır ve spesifik eğitim almalarının gerekliliği yayınlanan çeşitli kılavuzlarda da belirtilmiştir (Carlson, Riegel ve Moser 2001; Dickson 2007; McMurray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Kalp yetersizliği olan bireyler semptomlarını nasıl izleyeceklerini, kilo değişimi yaşadıklarında ne yapacaklarını öğrenmelidir. Sodyum alımını kısıtlamalı, önerilen şekilde ilaç tedavisini uygulamalı ve düzenli olarak fiziksel aktivite yapmalıdır (Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Piamjariyakulo, Smith, Mwekowitz ve Elyachar (2012) kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını geliştirmek için ne yapmaları gerektiğini öğrenmeyi, bu yolla kendi kontrollerini sağlamayı ve yaşam kalitelerini artırmayı istediklerini, ancak bireylerin bu hedeflere ulaşmak için en iyi yöntemi belirlemede güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Kalp yetersizliğine yönelik hemşire yönetiminde yapılan çalışmalarda eğitim girişi ve izlem programlarının kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını (Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009; Brandon, Schuessler, Ellison ve Lazenby 2009; Evangelista, Lee, Moore, Motie ve ark., 2015; Jaarsma, Halfens, Tanf, Huijer Abu-Saad ve ark 2000; Smith, Piamjariyakul, Dalton, Russell ve ark., 2015), bilgi düzeylerini, (Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009; Smith, Piamjariyakul, Dalton, Russell ve ark., 2015), kendini izlem düzeylerini (Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009; Sisk, Hebert, Horowitz ve McLaughlin 2006), tedaviye uyumlarını (Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009; Sisk, Hebert, Horowitz ve McLaughlin 2006) yaşam kalitesini (Brandon, Schuessler, Ellison ve Lazenby 2009; Evangelista, Lee, Moore, Motie ve ark., 2015) geliştirdiği ve bireylerin hastanede kalış süresini (Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009), hastaneye yatma sıklığını (Agrinier, Altieri, Alla, Dobre ve ark., 2013; Blue, Lang, McMurray, Davie ve ark., 2001; Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009; Brandon, Schuessler, Ellison ve

Lazenby 2009; Sisk, Hebert, Horowitz ve McLaughlin 2006; Smith, Piamjariyakul, Dalton, Russell ve ark., 2015) azalttığı belirtilmiştir.

Ross, Ohlsson, Blomberg ve Gustafsson (2015) yaptıkları çalışmada karşılaştırma grubuna hemşire yönetiminde rutin bakım olarak sunulan eğitim programı uygulamış, girişim grubuna rutin bakımdaki eğitim yönteminin yanında kalp yetersizliği olan bireylerin eğitime gelmeden önce öğrenmek istedikleri konuları belirleyerek gelmeleri istenerek bu konular üzerinde bireyselleştirilen eğitim verilmiştir. İki grubun karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamıştır, ancak makalede girişim grubunun karşılaştırma grubuna göre kendini daha güçlü hissettiği ve sonucun klinik olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım becerilerinin gelişebilmesi için alanında uzman hemşirelerin hastalara eğitim vermesi önemlidir. Aile ve diğer bakım verenler de başarılı bir öz bakım sağlanması için tedavi ve eğitim sürecinde yer almalıdır (Moser, Dickson, Jaarsma, Lee ve ark., 2012). Kapsamlı hemşirelik bakımının yanısıra multidisipliner yaklaşım önerilmektedir (McDonagh, Blue, Clark, Dahlström ve ark., 2011). Sochalski, Jaarsma, Krumholz, Laramie ve arkadaşları (2009) yaptıkları meta regresyon analizinde kalp yetersizliği yönetim programlarının hastaneye yatışları engellemedeki etkisini incelemişler, yüz yüze görüşme ve multidisipliner ekip yaklaşımının hastaneye yatışların azaltılmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yatan tüm kalp yetersizliği olan birey ve yakınlarına kapsamlı olarak düzenlenmiş taburculuk eğitimi verilmesi önerilmektedir. Bu eğitim, taburculuk sonrası evde uygulanacak diyet, kullanılacak ilaçlara uyumu ve ilaç alımının sürekliliğini sağlayacak bilgi, aktivite düzeyi, kontroller, günlük kilo izlemi, kalp yetersizliği semptomları kötüleştiğinde uygulanması gereken girişimler konusunda bilgi sağlamalıdır (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark., 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark., 2009; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Lambrinou, Kalogirou, Lamnisos ve Sourtzi (2012) yaptıkları sistematik derleme ve meta analizde kalp yetersizliği olan bireylere taburculuk öncesi hemşire yönetiminde verilen eğitim ve uygulanan kalp yetersizliği yönetim programının kalp yetersizliği nedenli hastaneye yatışlarda azalma sağladığını belirtmişlerdir. Yu, Thompson ve Lee (2006) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği yönetim programlarında hemşirelerin yer almasının önemli olduğunu belirtmiş ve taburculuk öncesi kardiyak bakım alanında uzman hemşirelerin yaptıkları girişimlerin hasta sonuçlarını geliştirdiğini vurgulamıştır.

Hemşireler, kalp yetersizliği olan bireylerin bakımlarına hastalığın farklı aşamalarında katılmaktadır. Klinik ortamda, poliklinikte ya da hastanın evinde, sezgisel, tanılayıcı ve tedavi edici kalp yetersizliği bakımı sağlamaktadırlar. Hemşireler hastalara destek, danışmanlık, çevre düzenlemesi geliştirme ve eğitim (destekleyici-eğitici sistem) konularında yardımcı olmalıdır. Destekleyici-eğitici sistemin başarılı şekilde kullanılmasıyla hemşireler hastaların kalp yetersizliğine ilişkin spesifik gereksinimlerine odaklanabilirler (Jaarsma, Halfens, Senten, Huijer Abu Saad ve ark., 1998).

Yurt dışında yapılan çalışmalar kalp yetersizliği olan bireylerin yoğun eğitim, danışmanlık ve izlemi ile bakım sonuçlarının iyileştiğini göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde kalp yetersizliğine özel klinikler ve poliklinikler kurulmuştur ve kalp yetersizliğinde uzman hemşireler çalışmaktadır. Hastalar taburcu olduktan sonra da takip edilmekte ve bireylere eğitim ve danışmanlık verilmektedir (Chriss, Sheposh, Carlson ve Riegel 2004; Falk, Wahn ve Lidell 2007; Sisk, Hebert, Horowitz, Mclaughlin ve ark., 2006). Ülkemizde ise kalp yetersizliğine özel klinik ve polikliniklerin sayısı azdır ve sadece kalp yetersizliğinde uzman hemşire ve sağlık personeli çok az sayıdadır. Dolayısıyla kalp yetersizliğine yönelik yeterli bir yapılanmadan söz edilememektedir. Bu nedenle kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin klinik ve poliklinikte eğitim ve danışmanlık almalarını sağlayacak programlar geliştirilmesine ve bu programların yaygınlaştırılmasına gereksinim vardır. Bireylerin gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesiyle hastaneye tekrarlı yatış sıklığı azalacaktır. Hemşirelerin bu bireylerin bakımlarını daha iyi yönetebilmeleri için hastalığın yönetiminde yaşadıkları sorunları ve öz-bakımlarını nasıl yönettiklerini anlamaları, gerekli eğitim ve danışmanlığı sağlamaları gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma iki aşamalı olarak yürütülmüştür.

Birinci aşamanın amacı, kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını nasıl yönettiklerini anlamaktır.

İkinci aşamanın amacı, kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının “öz bakım, yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatma durumuna” etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri (İkinci Aşama)

Hipotez1_{a1}. Kalp yetersizliği olan bireylerde hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanan girişim grubunun üçüncü ve altıncı ayda **öz-bakımı sürdürme puanı** karşılaştırma grubuna

göre daha yüksektir.

Hipotez1_{a2}. Girişim grubundaki bireylerin **öz-bakımı sürdürme puanı** girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha yüksektir.

Hipotez1_{b1}. Kalp yetersizliği olan bireylerde hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanan girişim grubunun üçüncü ve altıncı ayda **öz-bakım yönetimi puanı** karşılaştırma grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez1_{b2}. Girişim grubundaki bireylerin **öz-bakım yönetimi puanı** girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha yüksektir.

Hipotez1_{c1}. Kalp yetersizliği olan bireylerde hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanan girişim grubunun üçüncü ve altıncı ayda **öz-bakım sağlamada kendine güven puanı** karşılaştırma grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez1_{c2}. Girişim grubundaki bireylerin **öz-bakım sağlamada kendine güven puanı** girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha yüksektir.

Hipotez 2a. Kalp yetersizliği olan bireylerde hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanan girişim grubunun üçüncü ve altıncı ayda **yaşam kalitesi puanı** karşılaştırma grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 2b. Girişim grubundaki bireylerin **yaşam kalitesi puanı** girişim sonrası üçüncü ve altıncı ayda sırasıyla daha düşüktür.

Hipotez 3. Kalp yetersizliği olan bireylerde hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanan girişim grubunun üçüncü ve altıncı ayda **hastaneye tekrar yatma durumu** karşılaştırma grubuna göre daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde kalp yetersizliğinin tanımı, epidemiyolojisi, etiyolojisi ve risk faktörleri, tipleri, sınıflaması, fizyopatolojisi, semptom ve bulguları, tanı kriterleri, tedavisi, kalp yetersizliği ve öz bakım, kalp yetersizliği ve yaşam kalitesi, kalp yetersizliği ve hastaneye tekrar yatma durumu, araştırmanın kavramsal çerçevesine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı

Kalp yetersizliği, normal dolum basınçlarına rağmen kalbin, dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak, yapısal veya işlevsel bozukluktur (McMurray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012). Kalp yetersizliği bir olay ya da hastalık değil, belirti ve bulguların birleşimiyle oluşan, farklı hastalık gruplarının son aşamasını düşündüren birçok kardiyovasküler bozukluğun birleşimi olan bir sendromdur (Soine 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

AHA 2015 istatistiklerine göre Amerika’da 20 yaş üzerinde yaklaşık 5.7 milyon kalp yetersizliği olan birey bulunmakta ve her yıl 870.000 yeni tanı eklenmektedir. Kalp yetersizliği tanı alma oranının 2030 yılında %46 artacağı öngörülmektedir. AHA 2014 ve 2015 istatistiklerine göre Amerika’da 2030 yılına kadar 18 yaş üzerinde kalp yetersizliği olan birey sayısının sekiz milyona ulaşması beklenmektedir (Go, Mozaffarian, Roger, Benjamin ve ark., 2014; Mozaffarian, Benjamin, Go, Arnett ve ark., 2015). Kalp yetersizliği nedeniyle 58309 ölüm olduğu belirtilmiştir (Mozaffarian, Benjamin, Go, Arnett ve ark., 2015). Amerika’da %50 oranında kalp yetersizliği tanısı alan birey, beş yıl içinde hayatını kaybetmektedir (National Center for Health Statistics 2011). Kalp yetersizliği nedeniyle 1.023.000 hastaneye yatış olduğu belirtilmiştir (Mozaffarian, Benjamin, Go, Arnett ve ark., 2015). Kalp yetersizliği tedavisi nedeniyle 2030 yılında 2013 yılına göre maliyetin (32 milyar dolar) %120 artarak 70 milyar dolara ulaşması beklenmektedir (Go, Mozaffarian, Roger, Benjamin ve ark., 2013). Avrupa’da da kalp yetersizliği görülme oranı yüksek olup 51 Avrupa ülkesinde 900 milyonluk nüfusta 15 milyon kişinin kalp yetersizliği tanısının bulunduğu ve kalp yetersizliği olan bireylerin % 40’ının bir yıl içinde hastaneye yatma durumlarının olduğu belirtilmiştir (Stromberg ve Dickstein 2008).

Türkiye’de de kalp yetersizliği önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte, Türkiye’de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması’nın (HAPPY 2007) sonuçlarına

göre yaklaşık 2.4 milyon kalp yetersizliği olan bireyin bulunduğu belirtilmektedir. HAPPY çalışmasında ekokardiyografi bulguları ve NT pro BNP ölçümlerine göre kalp yetersizliği prevalansı 2.9 olarak belirlenmiştir (Değertekin, 2007).

2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kalp yetersizliği idiyopatik (birincil) veya iskemik, hipertansif gibi (ikincil) nedenlerle oluşmuş miyokard hastalıkları, preload veya afterloadı etkileyen mekanik anormallikler (kapak hastalıkları), doğumsal kalp hastalıkları, uzun süren ve diyastolik doluş süresini çok kısaltan taşiaritmiler başta olmak üzere aritmi ve perikard hastalıkları gibi kalbin hemen her bölümünü ve işlevini ilgilendiren tüm kalp hastalıklarının son evresini oluşturmaktadır (Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Özenci 2011; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

Kalp yetersizliğinin en yaygın nedeni olan koroner arter hastalıkları (KAH) sistolik işlevlerin bozulmasına, kontrolsüz hipertansiyon hem sistolik hem de diyastolik işlevlerin bozulmasına yol açarak kalp yetersizliği risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bunun yanında kalp yetersizliği hastalığı risk faktörleri olarak kardiyomiyopatiler, ailede kalp yetersizliği öyküsünün bulunması, diyabet, sigara ve alkol kullanımı yer almaktadır (Badır 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Kalp yetersizliği etiyolojisi hakkında kesin bir sınıflama olmamasına rağmen genel olarak kabul edilen faktörler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

-Koroner arter hastalıkları
-Hipertansiyon
-Miyokardit
-Kapak hastalıkları
-Metabolik hastalıklar (tiyamin, selenyum, karnitin eksikliği, obezite, kaşeksi)
-İdiyopatik (kardiyomiyopatiler)
-Perikard hastalıkları
-Konjenital hastalıklar (atrial septal defekt, ventriküler septal defekt)
-Aritmiler (bradiaritmi, taşiaritmiler)
-İleti bozuklukları (sinüs nodu disfonksiyonu, 2.ve 3. derece atrioventriküler blok)
-Yüksek debili durumlar (anemi, sepsis)
-Hacim yüklenmesi (böbrek yetmezliği)
-İlaçlar (sitotoksik ilaçlar)
-Toksinler (alkol, kokain)
-Endokrin (diyabet, hipo/hipertiroidi, cushing sendromu, adrenal yetmezlik)
-İnfektif hastalıklar (HIV, chagas)

Kaynak: Badır 2010; Eren 2013; Keleş, Altuğ Çakmak 2014; Soine 2010; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010.

2.4. Kalp Yetersizliği Tipleri

Kalp yetersizliği klinik tabloya, işlev bozukluğunun yeri ve türüne göre farklı şekillerde adlandırılmaktadır.

2.4.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği semptomlarının şiddeti, belirtilerin ortaya çıkış hızı, kompensatuar mekanizmaların oluşması ve interstisyel alanda sıvı birikimi için geçen zamana bağlı olarak kalp yetersizliği akut veya kronik olarak tanımlanmaktadır (Eren 2013; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Özenci 2011).

2.4.2. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği etkilenen ventriküle göre sol, sağ ya da çift taraflı KY olarak sınıflandırılabilir. Sol kalbi ilgilendiren patolojilerde pulmoner, sağ kalbi ilgilendiren patolojilerde sistemik venöz konjesyonu tanımlamak amacıyla kullanılan bir tanımlamadır (Eren 2013; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Özenci 2011).

2.4.3. Düşük Ejeksiyon Fraksiyon (EF) ve Korunmuş EF'li Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği sol ventrikül EF'ye göre düşük (sistolik) veya korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği olarak isimlendirilmektedir. Düşük EF ve korunmuş EF'li kalp yetersizliği sistolik ve diyastolik kalp yetersizliği olarak ta isimlendirilmektedir (Eren 2013; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012).

2.4.4. Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği

Düşük debili kalp yetersizliği, debi düşüklüğü ve buna yanıt olarak artmış periferik direnç bulgularıyla belirlenen bir klinik tablodur. Çevresel direnci arttıran sistemik vazokonstriksiyon ile oluşan soğuk, soluk ve siyanotik ekstremiteler ile karakterizedir. Yüksek debili kalp yetersizliğinde debi yüksek, çevresel direnç düşük olduğundan nabız basıncı artmıştır, ekstremiteler sıcak ve kırmızıdır (Özenci 2011).

2.4.5. Öne Doğru ve Geriye Doğru Kalp Yetersizliği

Öne doğru kalp yetersizliği klinikte debi düşüklüğü ile birlikte olan semptom ve bulguların, geriye doğru kalp yetersizliği pulmoner veya sistemik venöz konjesyona ilişkin semptom ve bulguların varlığını ifade etmektedir (Özenci 2011).

2.5. Kalp Yetersizliği Sınıflaması

Kalp yetersizliğinin fonksiyonel kapasiteyle ilişkili semptomlarına göre New York Kalp Birliği (New York Heart Association, NYHA) sınıflaması Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. NYHA Sınıflaması

Sınıf I	Kalp hastalığı olmasına rağmen fiziksel hareket kısıtlaması yoktur. Olağan fiziksel etkinlik halsizlik çarpıntı ya da dispneye yol açmaz.
Sınıf II	Hafif hareket kısıtlaması var. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan fiziksel etkinlik halsizlik çarpıntı ya da dispneye yol açıyor.
Sınıf III	Belirgin hareket kısıtlaması var. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik halsizlik çarpıntı ya da dispneye yol açıyor.
Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinliği sürdürmüyor. Dinlenme sırasında semptomlar var. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artıyor.

Kaynak: Keleş, Altuğ Çakmak 2014; Eren 2013; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013.

Kalp yetersizliğinin yapısal anormallik ve semptomların varlığına göre Amerika Kardiyoloji Birliği (American College of Cardiology, ACC) / AHA sınıflaması Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. ACC/AHA Sınıflaması

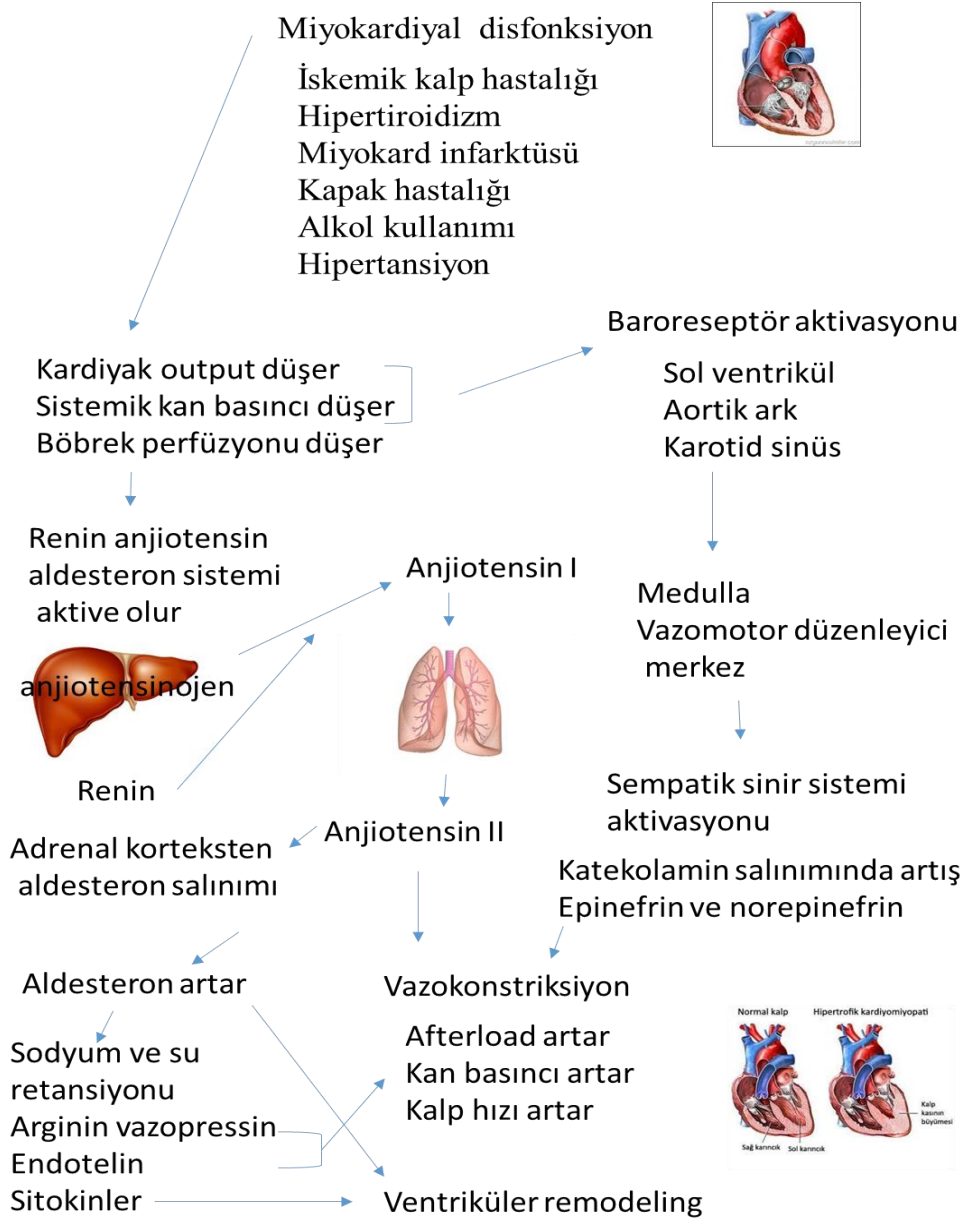
Evre A	Kalp yetersizliği gelişme riski yüksek. Saptanan herhangi yapısal ya da fonksiyonel anormallik yok. Herhangi bir bulgu ya da semptom yok.
Evre B	Kalp yetersizliği gelişmesi ile yakından ilişkili yapısal kalp hastalığı var, ancak herhangi bir bulgu ya da semptom yok.
Evre C	Yapısal kalp hastalığı ve tıbbi tedavi ile semptomsuz hale gelmiş kalp yetersizliği var.
Evre D	Yapısal kalp hastalığı ve maksimal tıbbi tedaviye rağmen semptomatik kalp yetersizliği var.

Kaynak: Eren 2013; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013.

2.6. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi

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 düşmektedir. Volüm artışı, basınç yüklenmesi ya da miyokard kasındaki sorunlar sonucunda kalbin iş yükü arttığında vücudun metabolik gereksinimlerini sağlayacak işlevleri sürdürecektir düzeyde kalp debisini sağlamak amacıyla kompanzasyon mekanizmaları devreye girmektedir (Badır 2010). Sol ventrikül işlevindeki bozukluk sonucu EF'nin azalmasına yanıt

olarak sempatik sinir sistemi uyarılarak epinefrin, norepinefrin salınımı ile kalp hızı artar ve taşikardi oluşur (Soine 2010). Böbreğe giden kan akımında azalma sonucu böbreklerden renin salınımı başlar, renin etkisi ile anjiotensin I oluşur. Anjiotensin I, anjiotensin dönüştürücü enzim etkisi ile anjiotensin II'ye dönüşür. Anjiotensin II, kuvvetli bir vazokonstriktör olup aldosteron salınımına yol açmaktadır (Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010). Aldosteron böbreklerden su ve tuz tutulumunu sağlamanın yanı sıra miyokard üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Renin anjiotensin aldosteron sistemi (RAAS) hem belirti ve bulguların ortaya çıkmasında hem de ilerlemesinde rol oynamaktadır. RAAS ve anjiotensin II vazodilatör etki yapan atriyal natriüretik peptid etkisini azaltarak, endojen vazokonstriktör olan endotelin seviyesini artırarak tablonun ağırlaşmasına neden olmaktadır. Bu kompensatuar yanıtlar yetersiz olan kalpte debiyi yükseltmeye yönelik olmasına rağmen zamanla klinik tablonun ağırlaşmasına, miyokardın oksijenlenmesinin bozulmasına, debinin düşmesine ve miyokardın iş yükünün artmasına neden olmaktadır (Badır 2010). Miyokardın iş yükü arttıkça miyofibrillerin kontraktilitesi azalmakta, bu azalma sonucu ventriküldeki diyastol sonu volüm ve miyokardın duvar gerilimi artmaktadır. Bu durum ventrikülde dilatasyonla sonuçlanmakta, ventrikül büyüdükçe ventrikül duvarının iş yükü artarak miyokard hipertrofisi gelişmektedir (Soine 2010). Kalp yetersizliğinin fizyopatolojik süreci Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojik Süreci

Kaynak: Soine 2010; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010.

2.7. Kalp Yetersizliğinde Semptom ve Bulgular

Kalp yetersizliğinin temel belirtileri egzersiz toleransını kısıtlayan dispne, yorgunluk, pulmoner ve splenik konjesyon ve periferik ödeme neden olan sıvı retansiyonudur (Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

Hastalığın direkt kardiyak bulguları olmasının dışında böbrek, karaciğer ve kas gibi diğer dokuların fonksiyon bozuklukları sonucu ortaya çıkan pek çok semptomu vardır. Bu semptomların varlığı da hastalığın patofizyolojisinde sadece organ hipoperfüzyonunun olmadığını, nörohümorale aktivasyon, sempatik sinir sisteminin aktivasyonu gibi süreçlerin de

yer aldığını düşündürmektedir (Keleş, Altuğ Çakmak 2014). Kalp yetersizliği semptom ve bulguları Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulguları

BELİRTİLER	BULGULAR
Tipik	Daha özgül
Nefes darlığı Ortopne Paroksizmal nokturnal dispne Egzersiz toleransında azalma Halsizlik, yorgunluk, egzersiz sonrası toparlanma süresinin uzaması Ayak bileği şişliği	Juguler venöz basınçta artış Hepatojügüler reflü Üçüncü kalp sesi (Gallop ritmi) Kap tepe vurusunun sola kayması Kalp seslerinde üfürüm
Daha az tipik	Daha az özgül
Gece öksürüğü Wheezing Kilo artışı(>2kg/hafta) Kilo kaybı (ileri kalp yetersizliğinde) Şişkinlik hissi İştahsızlık Konfüzyon Depresyon Çarpıntı Senkop	Periferik ödem (ayak bileği, sakral, skrotal) Akciğerlerde krepitasyon Akciğerlerde havalanma azlığı ve akciğer bazallerinde perküsyonla matite alınması (plevral efüzyon) Taşikardi Düzensiz nabız Taşipne (>16 solunum/dak) Hepatomegali Assit Zayıflama (kaşeksi)

Kaynak: Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012.

2.8. Kalp Yetersizliği Tanısı

Kalp yetersizliği tanısının koyulabilmesi için Framingham kriterleri, Boston kriterleri, ve Duke kriterleri kullanılmaktadır. En yaygın kullanılan kriter Framingham kriteri olduğu için tanı konmasına yönelik bu kriter aşağıda açıklanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Kalp Yetersizliği Tanısı İçin Framingham Kriterleri

Major kriterler	Minör kriterler
Paroksizmal nokturnal dispne veya ortopne Boyun venlerinde dolgunluk Akciğerde raller Kardiyomegali Akut pulmoner ödem S3 gallop Jugüler venöz basınç artışı>16cmH ₂ O Hepatojuguler reflü Dolaşım süresinin 25 milisaniyeden uzun olması	Pretibial ödem Gece öksürüğü Efor dispnesi Hepatomegali Plevral efüzyon Maksimum vital kapasitede 1/3'ten fazla azalma Taşikardi(kalp atım hızı >120atım/dak)
Majör veya minör kriterler	
Tedavi ile 5 günde >4.5 kg kaybetme	

Kaynak: Eren 2013

Framingham kriterlerinden 2 majör veya 1 majör ve 2 minör kriterin varlığı kalp yetersizliği tanısı için yeterli olmaktadır (Eren 2013).

Kalp yetersizliği tanısı için kullanılan parametreler:

Transtorasik ekokardiyografi, diyastolik işlevler de dahil olmak üzere, kalbin yapı ve işlevlerini değerlendirmek, KY tanısını koymak için sol ventrikül EF'yi ölçmek, tedaviyi planlama ve izlemede yardımcı olmak ve prognoz hakkında bilgi sağlamak için kullanılmaktadır.

12-derivasyonlu EKG, kalp ritmini, hızını, QRS morfolojisini ve süresini ve diğer ilişkili bozukları belirlemek için kullanılmaktadır.

Kan biyokimyası, sodyum, potasyum, kalsiyum, üre/kan üre azotu, kreatinin/hesaplanmış glomerül filtrasyon hızı, karaciğer enzimleri ve bilirubinler, ferritin/TDBK ve tiroid işlevlerinin ölçümü yapılmalıdır.

Natriüretik peptit (BNP, NT-proBNP, MR-proBNP) ölçümü, nefes darlığının diğer nedenlerini dışlamak ve prognoz hakkında bilgi almak için yapılmaktadır.

Göğüs radyogramı, kanser gibi birtakım akciğer hastalıklarını saptamak/dışlamak için düşünülmelidir. Ayrıca akciğer konjesyonu/ödemini belirleyebilir ve akut durumlarda

KY'den şüphelenilen hastalarda daha yararlıdır (Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012).

2.9. Kalp Yetersizliği Tedavisi

Kalp yetersizliği tedavisini non farmakolojik tedavi, farmakolojik tedavi, cihaz tedavisi oluşturmaktadır.

2.9.1. Non Farmakolojik Tedavi:

2.9.1.1. Risk Faktörlerinin Kontrolü (Semptomların Tanınması ve İzlemi)

Kalp yetersizliği olan bireylerin evdeki yaşantılarında semptomlarını izlemeleri ve durumlarını değerlendirmeleri hastalığın yönetiminde büyük önem taşımaktadır (Howlett, McKelvie, Costigan, Ducharme ve ark, 2010; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Kalp yetersizliği olan bireyler düzenli olarak sıvı retansiyonu, nefes darlığı ve yorgunluk gibi kalp yetersizliğine yönelik erken semptomları izleyebilmelidir (Kettler, Sawyer, Winefield ve Greville 2002). Semptom tanıma ve risk faktörlerinin kontrolüne yönelik öneriler Tablo 6'da verilmiştir.

Hemşireler kalp yetersizliği olan bireylere evde semptomlarını izlemeleri konusunda eğitim vermeli, evde semptom izlemini kolaylaştıracak yönergeler sunmalıdır (Howlett, McKelvie, Costigan, Ducharme ve ark, 2010).

2.9.1.2. Tuz Kısıtlaması Yapılması

Kalp yetersizliği olan bireylere diyetle sodyum kısıtlaması çeşitli kılavuzlarda önerilmektedir (Arnold, Howlett, Ducharme, Ezekowitz ve ark., 2008; Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark. 2009; Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark. 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Çalışmalarda diyetle sodyum alımı ile sıvı retansiyonu arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş, bu durumun hastaneye yatma için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Arcand, Ivanov, Sasson, Floras ve ark. 2011; Lennie, Song E, Wu, Chung ve ark., 2011).

Sodyum alımı ile hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi ve kardiyovasküler hastalıkların birbirini etkilemesi nedeniyle AHA sınıflandırmasına göre A ve B düzeyindeki kalp yetersizliği olan bireylere sodyum alımı 1500 mg/gün önerilmektedir (Cook, Cutler, Obarzanek, Buring ve ark. 2007; Gupta, Georgiopoulou, Kalogeropoulos, Dunbar ve ark.

2012; Strazzullo, D'Elia, Kandala ve Cappuccio 2009). Ancak C ve D düzeyindeki kalp yetersizliği olan bireylerin alması gereken günlük miktarın belirlenebilmesi için yeterli veri bulunmadığı belirtilmektedir. Genel popülasyona bakıldığında sodyum alımı yüksek düzeydedir (4 gr/gün). Bu durum göz önüne alarak C ve D düzeyindeki kalp yetersizliği olan bireylere ortalama bir sodyum kısıtlaması önerilmektedir (Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

AHA Beslenme Kılavuzunda günlük sodyum alımının 2.3 gramı geçmemesi gerektiği, AHA kılavuzlarında kalp yetersizliği olan bireylerin iki-üç gr sodyum alması gerektiği belirtilmiştir. ESC 2008 kılavuzunda tuz kısıtlamasına ilişkin kanıtlara yer verilmesine karşın 2012 güncellemesinde tuz kısıtlamasının etki ve güvenliği tartışmalı olarak belirtilmiştir (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark. 2009; Lichtenstein , Appel, Brands, Carnethon ve ark., 2006; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Günlük 2.3 gr sodyum alımı durumu stabil olmayan ya da semptom yaşama nedeniyle hastaneye yatmış kişiler için önerilebilir, ancak tedavi rejimiyle durumu stabil olan ve yüksek sodyum alımını tolere edebilen hastalarda düşük sodyum alımına agresif geçiş önerilmemektedir. Bu nedenle sodyum alımı kalp yetersizliği olan bireye özgü olarak düzenlenmelidir (semptom şiddeti, hastalığın durumu) (Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009).

Hemşirelerin kalp yetersizliği olan bireylere ve ailelerine sodyum kısıtlaması konusunda ayrıntılı bilgi vermesi ve düşük sodyum içerikli beslenme konusunda motivasyon sağlaması önemlidir. Tuz kullanımına ilişkin öneriler Tablo 6'da yer almaktadır.

2.9.1.3. Aşırı Sıvı Alımının Önlenmesi

ESC 2012 kılavuzunda aşırı sıvı alımının önlenmesi gerektiği, ciddi kalp yetersizliği olan hastalarda günde 1.5-2 lt sıvı kısıtlamasının belirtileri ve konjesyonu azaltmak için uygulanabileceği, hafif ve orta derecede semptomatik hastalarda rutin sıvı kısıtlamasının yarar sağlamadığı belirtilmiştir. Hastanın durumuna göre kiloya göre sıvı kısıtlaması (30 ml/kg; eğer >85 kg ise 35 ml/kg) yapılabileceği bildirilmiştir (Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012). Özellikle şiddetli hiponatremisi olanlar, tuz kısıtlamasına rağmen sıvı retansiyonu olanlar ve diüretik kullananlar için sıvı alımının düzende tutulması önemlidir (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark. 2009; Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark. 2010). Sıvı alımına ilişkin öneriler Tablo 6'da yer almaktadır.

2.9.1.4. Kilo Kontrolü ve Kardiyak Kaşeksinin Önlenmesi

Genel olarak obesite sağlıklı yaşam için uygun görülmemekte ve birçok sağlık profesyoneli kilo vermenin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark. 2009). Beden kitle indeksinin 30kg/m^2 ve üzerinde olması obesite olarak tanımlanmaktadır (Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Ancak kalp yetersizliği olan bireylerde diyet uygulanması zararlı olabilmektedir (Kenchiah, Gaziano ve Vasan 2004). Yapılan bir çalışmada beden kitle indeksi $30\text{-}35\text{kg/m}^2$ arasında olan kalp yetersizliği olan bireylerin, beden kitle indeksi normal sınırdaki olanlara göre mortalite oranının daha düşük ve hastaneye yatış sayısının daha az olduğu belirtilmiştir (Kenchiah, Evans, Levy, Wilson ve ark., 2002).

Kalp yetersizliği olan bireylerde kilo kaybı kaşeksiyi düşündürmektedir. Kardiyak kaşeksi kötü prognozun belirteçlerindendir (Pasini, Opasich, Pastoris ve Aquilani 2004; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Bu durum kalp yetersizliği açısından komplikasyonlara yol açabilmektedir. Kardiyak kaşeksi prevelansı NYHA II-IV evreleri arasında %8-15 hastada görülebilmekte, yaklaşık olarak ilerlemiş kalp yetersizliği olan bireylerin %10'unda kardiyak kaşeksiye rastlanmaktadır (Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Bunun yanında morbid obesite durumu da semptomların yaşanmasına neden olabilmektedir (Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

Kilo kontrolü konusu tartışmalı bir konu olmakla birlikte kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksinin belirlenmesi ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır (Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Kilo kontrolüne ilişkin öneriler Tablo 6'da yer almaktadır.

2.9.1.5. Düzenli Egzersiz Programı

Egzersiz kalp yetersizliği olan bireylerde maksimal oksijen tüketim düzeyini artırır, kalbin kasılma gücünü artırır ve kan akımını hızlandırır. Kalp yetersizliği olan bireylerde yaygın olarak görülen depresyonu azaltır (Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Kalp yetersizliği olan bireyler için evrensel olarak önerilen bir egzersiz çeşidi bulunmamaktadır, ancak farklı çalışmalarda egzersiz çeşitleri belirtilmiştir (Moe, Ezekowitz, O'Meara, Howlett ve ark., 2014; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Yapılmış çalışmalara göre egzersiz programı ve fiziksel aktivite yönetimi sistolik disfonksiyon yönünden stabil hastalara uygulanmalıdır. Hastaların altı hafta boyunca NYHA sınıflaması değişmezse, hastaneye yatışı olmazsa ve major kardiyovasküler olay gerçekleşmezse stabil olarak kabul edilmektedir

(Moe, Ezekowitz, O'Meara, Howlett ve ark. 2014).

Üç-beş gündür istirahat veya efor dispnesi ya da egzersiz toleransında kötüleşme olması, kontrol edilemeyen diyabet, akut sistemik hastalık veya ateş, yeni geçirilmiş emboli, tromboflebit, aktif perikardit veya miyokardit, orta veya şiddetli aort stenozu, cerrahi gerektiren kapak hastalığı, önceki üç hafta içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü ve yeni başlangıçlı atriyal fibrilasyon durumlarında egzersiz kontrendike olarak bildirilmiştir (Piepoli, Conraads, Corra, Dickstein ve ark., 2011; Working Group Report on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology 2001). Aktivite / egzersiz ilişkili öneriler tablo 6'da yer almaktadır.

2.9.1.6. Bağışıklama

Kalp yetersizliği olan bireyler influenza nedeniyle hastaneye yatma açısından risk altındadır. Bu risk influenza aşılması yapılarak en aza indirebilir. Kalp yetersizliği olan bireyler influenza virüs hastalığının kalp yetersizliği semptomlarını kötüleştirebileceğini bilmemektedir. Kış ayları boyunca kalp yetersizliği olan bireylerin sonuçlarını pnömoni aşılması da etkilemektedir (Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Bağışıklamaya ilişkin öneriler Tablo 6'da yer almaktadır.

2.9.1.7. Klinik Tabloyu Etkileyen Durumlardan Kaçınma

Kalp yetersizliği olan bireylerin sigara ve alkol kullanması, klinik tabloyu önemli derecede etkilemektedir. Nikotin, vazokonstriktör ve proinflamatuvar aktivitesi olan bir maddedir (Azhar ve Wei, 2006; DiFranza ve Wellman, 2007). Sigara içmek kardiyovasküler hastalık için bilinen bir risk faktörüdür. Kalp yetersizliği bulunan bireylerde sigarayı bırakmanın etkilerini ileriye dönük olarak değerlendiren çalışmaya ulaşılamamıştır.

Alkol negatif inotropik etkiye sahiptir ve kan basıncında artışa neden olabilir. Ayrıca aritmi riskiyle bağlantılı olabilir. Alkol alımı kardiyomiyopatiye zemin hazırlaması, vitamin yetersizliği gibi beslenmeye olumsuz etkilerinin olması, karaciğere toksik etki yapması ve diğer organ hasarlarına yol açması nedeniyle sınırlandırılmalıdır (Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Kılavuzlarda alkol alımının günlük olarak erkeklerde bir-iki kadeh şarap, kadınlarda günlük bir kadeh şarapla sınırlandırılması önerilmektedir (Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark., 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Sigara / alkol kullanımına ilişkin öneriler Tablo 6'da yer almaktadır.

2.9.1.8. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi

Hasta eğitimi, bireylerin semptomlarını tanıyabilmesi için yapılması gereken girişimlerin temelini oluşturmaktadır. Kalp yetersizliği olan bireyler hastalıkları ile yaşamı yönetebilmeleri için kalp yetersizliği bakım ve tedavisine ilişkin eğitilmelidir. Kılavuzlarda kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını sağlamayı geliştirmek için spesifik eğitim almaları gerektiği belirtilmiştir. Kalp yetersizliği hastalarına uygulanan eğitimsel girişimlerin değerlendirildiği 35 çalışmayı içeren bir sistematik derlemede yapılan girişimlerin bilgi düzeyi, kendini izlem düzeyi, tedaviye uyum, hastanede kalış süresi, hastaneye yatma sıklığını etkilediği belirtilmiştir (Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009). Jurgens, Hoke, Byrnes ve Riegel (2013) kalp yetersizliği olan bireylerin semptom tanınmasını geliştirmek amacıyla eğitim uygulamışlar, eğitim sonucunda girişim ve karşılaştırma grubunun 90 günlük sağ kalım sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda 90 günlük sağ kalımda gruplar arasında fark saptanmamış, öz bakımı sürdürme ve öz bakım sağlamada kendine güven alanlarında girişim grubunun gelişme gösterdiği belirtilmiştir.

Kalp yetersizliği olan bireylere bakım veren kişilerle iletişim kurmak hastalık yönetim programlarının etkinliği açısından önemlidir (Howlett, McKelvie, Costigan, Ducharme ve ark., 2010). Aile üyelerinin eğitim programlarına, tedavi ve bakım konusundaki kararlara katılması önerilmektedir (WHO 2003). Hasta eğitimine ilişkin öneriler Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Kalp Yetersizliğinin Tedavisinde Non Farmakolojik Yöntemlere İlişkin Öneriler

Semptomların Tanınması ve İzlenmesine İlişkin Öneriler	-Günlük kilo izlemi yapma: Üç gün içinde aniden iki kg'ın üzerinde kilo artışı olması durumunda, hasta diüretik dozunu yükseltebilir ve sağlık ekibini durumdan haberdar etmelidir. - Günlük AÇT izlem, ödem, yaşam bulgusu izlemi yapılmalıdır. Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark., 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark. 2009.
Tuz Kullanımına İlişkin Öneriler	-Kalp yetersizliği olan bireylere 2.3gr/gün tuz önerilmektedir. -Şiddetli kalp yetersizliği semptomları olan bireylerde önerilen miktar <2 gr/gün. Yüksek sodyum alımına uyum gösteren hastalara agresif tuz kısıtlamasının uygulanması önerilmemektedir. Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark., 2008; Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark., 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013.

Sıvı Alımına İlişkin Öneriler	-Sıvı alımı ilerlemiş kalp yetersizliği olan bireylerde (stage D) özellikle hiponatremisi olanlarda konjestif semptomların azaltılması için 1.5-2lt/gün olarak sınırlandırılmalıdır. Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark., 2008; Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark., 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013.
Kilo Kontrolüne İlişkin Öneriler	-Kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksi 40'ın üzerindeyse beden kitle indeksi 40'ın altına indirilmesi önerilmektedir. -Kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksi 30'dan küçükse kilo verme önerilmez. -Kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksinin 30-32 sınırında tutulması önerilmektedir. Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013.
Egzersize İlişkin Öneriler	-Kalp yetersizliği olan bireylerin haftada beş gün egzersiz yapmaları, egzersiz sürelerini artırmaları, egzersiz süresinin 30 dakikaya ulaşılması önerilmektedir. -NYHA evresi I-III arasındaki stabil kalp yetersizliği olan bireylere egzersiz toleranslarının artması ve yaşam kalitelerinde artış sağlamak için yapılandırılmış (bireye uygun düzenlenmiş) egzersiz önerilmektedir -NYHA sınıflaması IV olan dekompanse kalp yetersizliği olan bireylere kademeli olarak mobilizasyon ve (ya da) güçlendirme /esnetme egzersizleri tolerasyon durumuna göre tek ya da kombine şekilde uygulanabilir. -Kalp yetersizliği olan bireylere orta dereceli sürekli aerobik egzersiz önerilebilir (tempolu yürüyüş, hafif koşu, bisiklet). Egzersizin şiddeti borg skalasında 3-5 puan dercesinde, kalp hızını %65-85 oranında arttıracak, oksijen tüketimi %50-75 olacak şekilde düzenlenmelidir. Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark., 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Moe, Ezekowitz, O'Meara, Howlett ve ark., 2014;Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013.
Bağışıklamaya İlişkin Öneriler	-Pnömonokok aşısı (kontraendike değilse) 5 yılda bir yapılması önerilmektedir. -İnfluenza aşısı (kontraendike değilse) yıllık olarak yapılması önerilmektedir. Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark., 2010.
Sigara ve Alkol	-Kalp yetersizliği olan bireylerin sigara kullanmamaları önerilmektedir -Kalp yetersizliği olan bireylerin alkol kullanımının kısıtlanması

Kullanımına İlişkin Öneriler	önerilmektedir. -Önerilen miktar: Kadın: Günlük bir kadeh Erkek: Günlük iki kadeh -Alkolik kardiyomiyopatisi olan bireylerde alkol kullanılmamalıdır Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark., 2010.
Hasta Eğitimine İlişkin Öneriler	-Kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yatan tüm hasta ve yakınlarına kapsamlı olarak düzenlenmiş taburculuk eğitimi verilmesi önerilmektedir. Eğitim içeriği: Taburculuk sonrası evde uygulanacak diyet, kullanılacak ilaçlara uyumu ve ilaç alımının sürekliliğini sağlayacak bilgi, aktivite düzeyi, kontroller, günlük kilo izlemi, kalp yetersizliği semptomları kötüleştiğinde uygulanması gereken girişimler konusunda bilgi sağlanmalıdır. Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark., 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark., 2009; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013.

2.9.2. Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde anjiotensin çevirici enzim (ACE) inhibitörleri, anjiotensin II reseptör blokerleri (ARB), beta bloker, hidralazin/isosorbid dinitrat, diüretik ve dijital grubu ilaçlar yer almaktadır.

2.9.2.1. Anjiotensin Çevirici Enzim (ACE) İnhibitörleri

Sol ventrikül işlevlerinin iyileştirilmesinde etkili olan ilaçlar arasında yer almaktadır. ACE inhibitörleri kalp yetersizliği olan bireylerin tedavisinde kullanılan ilk ilaç grubudur. Venlerde dilatasyon yaparak sağ atriyum basıncı, pulmoner arter basıncını düşürerek pulmoner konjesyonu azaltırlar. Arterlerde vazodilatasyon yaparak periferik direnci düşürürler. Ard yükün azaltılmasıyla kalp debisinde artış sağlanmaktadır.

En önemli yan etkileri inatçı kuru öksürük, böbrek fonksiyon bozuklukları ve hipotansiyondur. Kalp yetersizliği olan bireyler ilacın yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli, evde kan basıncı izlemi yapmaları konusunda ve hipotansiyon belirtileri konusunda eğitilmelidir (Badır 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010; Soine 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

2.9.2.2. Anjiotensin II Reseptör Blokerleri (ARB)

Anjiotensin II reseptörlerine etki ederek anjiotensin II salınımını bloke ederler. Kalp yetersizliği tedavisinde ACE inhibitörü kullanılması gereken, ancak ACE inhibitörleri kullanımında yan etki yaşayan ya da ACE inhibitörü kullanımına yönelik kontrendikasyonu olan bireylerde ARB kullanılmaktadır.

En önemli yan etkileri böbrek fonksiyonlarında bozulma, hipotansiyon ve hiperkalemi gelişimidir. Kalp yetersizliği olan bireyler ilacın yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli, evde kan basıncı izlemi yapmaları konusunda ve hipotansiyon belirtileri konusunda eğitilmelidir (Badır 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010; Soine 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

2.9.2.3. Beta Blokerler

Beta 1, beta 2 reseptörleri etkileyen beta adrenerjik blokerlerdir. Renal ve sistemik vazodilatasyon yaparak etki gösterirler. Kalp yetersizliği olan bireylerin tedavisinde diüretik ve ACE inhibitörü tedavisine ek olarak sıklıkla beta blokerler kullanılmaktadır. Beta blokerlerin kullanımı KY nedeni ile mortalitede azalmaya neden olmaktadır.

Beta blokerlerin tedavideki etkinliklerinin yanında yan etkileri de bulunmaktadır. En belirgin yan etkileri, bradikardi, hipotansiyon, atriyoventriküler bloklar, laringospazm, bronkospazm, libidoda azalma, yorgunluk, halsizlik, hipoglisemi ve hiperglisemi, bulantı, kusma, karın ağrısı ve diyaredir. Beta bloker ilaçlar düşük dozda başlanıp bireydeki etkiye göre kademeli doz artırımı yapılarak kullanılmaktadır. Hastalara önerilen dozda ilaç kullanmaları, sağlık personelinin bilgisi dışında doz değişimi yapmamaları gerektiği belirtilmelidir. Beta bloker kullanacak kalp yetersizliği olan bireylere nabız sayımı öğretilmeli, nabız 60/dak dan daha düşük ise ilacı atlamaları gerektiği, bir saat sonraki nabız kontrolüne göre ilaç alımının düzenlenmesi gerektiği öğretilmelidir (Badır 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010; Soine 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

2.9.2.4. Hidralazin/İsosorbid Dinitrat

Nitratlar sistemik venlerde vazodilatasyon yaparak kalbe dönen kan miktarını azaltarak ön yükü düşürürler. Hidralazin sistemik damar direncini ve sol ventrikül ard yükünü düşürerek etki gösterir. Hem ön yük hem de ard yükün azaltılması sonucu kalbin iş yükü azalarak kalp debisinde artma sağlanmaktadır.

En belirgin yan etkileri baş ağrısı, hipotansiyon, böbrek fonksiyon bozuklukları ve lupus benzeri sendromlardır. Kalp yetersizliği olan bireylere ilaçların yan etkileri konusunda bilgi verilmesi önemlidir (Badır 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010; Soine 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

2.9.2.5. Diüretikler

Kalp yetersizliği semptomlarının iyileştirilmesinde ve hızlı etkinin oluşmasında diüretikler tedavide önem taşır. Kalp yetersizliği tedavisinde en sık kullanılan diüretikler tiazid diüretikleri, loop diüretikleri ve potasyum tutulumunu sağlayan diüretiklerdir. Tiazid grubu diüretikler distal tübülden sodyum ve suyun geri emilimini önleyerek, loop diüretikleri henle kulpunun inen kolundan sodyum ve klorun geri emilimini önleyerek etki sağlarlar. Potasyum tutucu diüretikler toplayıcı kanal ve distal tübülden potasyumun tutulumunu sağlayıp sodyum atılımını gerçekleştirirler.

Diüretik tedavi sürecinde böbrek fonksiyonları, elektrolit ve kreatin düzeyinin yakın takibi önemlidir. En belirgin yan etkileri böbrek fonksiyon bozuklukları, elektrolit dengesizlikleri, hipotansiyondur. Diüretik tedavisi alan kalp yetersizliği olan bireylere günlük olarak kilo izlemi yapmalarının önemi anlatılmalıdır (Badır 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010; Soine 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

2.9.2.6. Dijital gruba ilaçlar

Dijital gruba ilaçlar kalp glikozidleri olarak da isimlendirilmektedir. Bu grup ilaçlar miyokard hücrelerinde Na^+/K^+ ATP az enzimini inhibe ederek hücre içi kalsiyumu arttırırlar ve inotropik etkiyi arttırıp kalp hızını azaltırlar. Digoksin sol ventrikül yetersizliği olan hastalarda sıklıkla tercih edilen bir ilaçtır. Digoksin kullanımı süresince kalp yetersizliği olan bireylerin böbrek ve karaciğer fonksiyonları yakından izlenmelidir. Özellikle yaşlılarda doz ayarının dikkatli yapılması gereklidir. Toksik etki yaratabilen bir ilaç olduğu için digoksine bağlı toksisite bulguları kalp yetersizliği olan birey ve ailelerine anlatılmalıdır. Kalp yetersizliği olan bireylere düzenli olarak kandaki digoksin düzeyinin izlenmesi gerektiği toksisite belirtilerinin önlenmesi açısından konunun önemi belirtilmelidir. Digoksine bağlı en belirgin toksisite belirtileri iştahsızlık, bulantı, kusma, çift görme, bulanık sarı-yeşil ya da cisimlerin etrafında hale görme çarpıntı, aritmi, sinirlilik, konfüzyondur (Badır 2010; Mc

Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2010; Soine 2010; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

2.9.3. Cihaz tedavileri

2.9.3.1. İmplant Edilebilen Cardioverter Defibrilatörler (ICD)

Kalp yetersizliği olan bireylerde, özellikle hafif belirtileri olanlarda, ölümlerin yaklaşık yarısı aniden ve beklenmedik şekilde ortaya çıkmaktadır ve ölümlerin önemli bir kısmı ventriküler aritmilerle ilişkili olmaktadır. Bu nedenle kalp yetersizliğinde ani ölümlerin önlenmesi önemli hedeflerden biridir. Ventriküler aritmilerden ölüm riskini azaltmada ICD'ler önemli bir role sahiptir ICD'ler kardiyak arrest sonrası hayatta kalanlarda ve sürekli semptomatik ventriküler aritmileri olanlarda mortaliteyi azaltır. ICD, işlevsel durumu iyi, >1 yıl sağ kalım beklenen, ≥ 3 aydan beri optimal medikal tedavi almasına rağmen EF ≤ 35 ve semptomatik (NHYA II-III) KY olan hastalarda ani ölüm riskini azaltmak için önerilmektedir (Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012).

2.9.3.2. Kardiyak Resenkronizasyon tedavisi (KRT)

Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (KRT), kalp yetersizliği ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu olan bireylerde, atriyum ve ventriküller arası senkron kasılmayı düzenleyen atriyal senkronize biventriküler pacemaker tedavisi olarak tanımlanmaktadır. KRT, kardiyak kontraktiliteyi düzenleyerek semptomları iyileştirir. Bu tedavi yöntemi, kalp yetersizliği olan bireyler arasında, uzamış QRS kompleksi ile belirlenen, ventrikül aktivasyonunda gecikme görülen bireylerin tedavisinde kullanılmaktadır. KRT, iyi işlevsel durumda >1 yıl süreyle sağ kalım beklenen, EF ≤ 30 , QRS süresi ≥ 130 ms ve sol dal bloğu morfolojisi olan sinüs ritmindeki hastalarda ve morfolojisine bakılmaksızın QRS süresi ≥ 150 ms olan sinüs ritmindeki bireylerde kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatışları ve erken ölüm riskini azaltmak için kullanılmaktadır (Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012).

2.10. Kalp Yetersizliği ve Öz Bakım

Kalp yetersizliği olan bireylerde olumlu sağlık sonuçlarını geliştirmek ve sık hastane yatışlarını önlemek için öz-bakım davranışlarını geliştirmek önemlidir (Artinian, Magnan, Sloan ve Lange 2002; Dickson 2007). Özbakım, yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir (Alligood ve Tomey 2006; Fawcett 2005). Rockwell ve Riegel (2001) tarafından öz bakım, bireylerin

hastalık veya sağlıklarını yönetebilmeleri için aktif, bilişsel bir süreç olarak tanımlanmıştır. Başka bir tanıma göre öz bakım, naturalistik karar verme süreci olarak belirtilmiştir. Bu süreçte bireyler fizyolojik durumlarını koruyabilmek için davranışlarına karar vermekte ve semptomlar oluştuğu zaman semptomları yönetebilme sorumluluğunu üstlenmektedirler (Riegel, Carlson, Moser, Sebern ve ark., 2004). Bu bağlamda kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarının sağlanması kalp yetersizliği tedavisinde önemli rol oynamaktadır (Dickson 2007). Yaşam kalitesinin artması, fonksiyonel kapasitenin artması, semptom alevlenmelerinin azalması etkin öz bakım aktivitelerinin ve öz bakım becerilerinin gelişmesi ile ilişkilidir (Lee, Moser, Lennie ve Riegel 2011; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009; Van der Wal, van Veldhuisen, Veeger, Rutten ve ark., 2010).

Kalp yetersizliği olan bireylerin tedavi ve bakımlarının geliştirilmesine yönelik yayınlanan kılavuzlarda da kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımının sağlanmasının önemi belirtilmiş, hastaların yaşam tarzı değişikliği benimsemesinin tedavi ve prognozu olumlu etkileyeceği bildirilmiştir (Howlett, McKelvie, Costigan, Ducharme ve ark., 2010; Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark., 2010; Mc Murray, Adamopoulos, Anker, Auricchio ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Tedaviye uyum, diyet, egzersiz, kilo izlemi, semptomları tanıma ve yönetme gibi davranışlar kalp yetersizliği ile ilişkili öz bakım davranışlarıdır (Dickson 2007; Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Moser, Dickson, Jaarsma, Lee ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013).

Kalp yetersizliğinde öz bakımın başarılı bir biçimde sağlanması öz bakım yönetimi ve öz bakımı sürdürme uygulamalarına uyum göstermeyi gerektirir (Kettler, Sawyer, Winefield ve Greville 2002; Lainscak, Blue, Clark, Dahlström ve ark., 2011; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Kalp yetersizliği öz bakım yönetiminin sağlanabilmesi için bireyler vücutlarındaki değişimi tanıyabilmeli, değişimi değerlendirebilmeli ve bu değişime göre yapması gereken uygulamaları planlamalıdır. Semptomu önlemek için aldığı kararları uygulamalı ve yaptıklarının etkinliğini değerlendirebilmelidir (Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009). Ancak kalp yetersizliği olan bireyler öz bakımlarını sağlamada farklı nedenlerle başarısız olmakta, semptom tanımada zorluk yaşamaktadırlar (Dickson 2007; Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Moser, Dickson, Jaarsma, Lee ve ark., 2012; Yancy, Jessup, Bozkurt, Butler ve ark., 2013). Semptomu tanımadaki zayıflığın nedeni belirsizdir, ancak ya a bağlı değişikliklerin, komorbidite, durumsal faktörlerin semptom tanımada zorluklara neden olabildiği belirtilmiştir (Moser, Dickson, Jaarsma, Lee ve ark., 2012).

Dickson, Deatrick ve Riegel (2008) kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım yönetimini inceledikleri çalışmalarında kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımı sağlama becerilerinin yeterli düzeyde olmadığını, bireylerin %61'inin yeterli öz-bakımı sürdürme, %44'ünün yeterli öz-bakım yönetimi sağladıklarını bildirmişlerdir. Bir sistematik derlemede kalp yetersizliği olan bireylerin semptomları izleme oranının düşük olduğu ve egzersiz önerilerine uyumun %39, diyetle sodyum kısıtlamasına uyumun %79 olduğu belirtilmiştir (Vander Wal, Jaarsma ve Van Veldhuisen 2005). Lennie ve arkadaşları (2007) kalp yetersizliği olan bireylerin bilgi düzeyleri ve uyum davranışları arasında çelişkiler olduğunu vurgulamış, yaptıkları çalışmada hastaların %80'inin düşük sodyum içerikli diyet konusunda bilgisinin olduğunu ve bu diyeti uyguladıklarını ifade etmelerine karşın yapılan idrar incelemelerinde hastaların yalnızca %40'ının düşük sodyum içerikli diyetle uyum sağladıklarını belirtmişlerdir (Dickson ve Riegel 2009). Dickson, Buck ve Riegel (2011) çoklu komorbid durumu olan kalp yetersizliği hastalarının öz bakım uygulamalarını inceledikleri meta analizde (kalitatif meta analiz) bireylerin öz bakım beceri düzeylerinin düşük olduğunu, kalp yetersizliği olan bireylerin öz-bakım sağlamada önceliklerini belirleme ve bakım protokollerini uygulama konusunda sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Düşük düzeyde öz bakım becerilerinin olmasının hasta sonuçlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Yapılan kantitatif çalışmalarda yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, semptomların şiddeti, öz-etkililik algısı, sağlığı algılama ve öz-bakım uygulamaları konusunda bilgi sahibi olma durumlarının öz-bakım davranışlarını etkilediği bildirilmiştir (Chriss, Sheposh, Carlson ve Riegel 2004; Ni, Nauman, Burgess, Wise ve ark.,1999; Rockwell ve Riegel 2001). Artinian Magnan, Sloan ve Lange (2002) ise yaptıkları çalışmada, öz-bakım davranışları puanı ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir fark olmadığını, öz-bakım bilgi puanları ile öz bakım düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir.

Siabani, Leeder ve Davidson (2013) kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını sağlamada kolaylaştırıcı ve engelleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmaları derlediği kalitatif meta sentezde semptomların ayırt edilememesi, şiddetli semptom yaşama, semptomların birbirini tetiklemesi, kalp yetersizliği yönetimi konusunda yetersiz bilgiye sahip olunması, bilgi sahibi olunan konuların günlük yaşamda davranış değişikliği oluşturmada kullanılmaması, kalp yetersizliği eğitim programlarının kısa zamanlı yapılmasının kalp yetersizliği öz bakımı sağlamada engelleyici faktörler arasında olduğu belirtilmiştir. Aynı metasentezde doktor hasta etkileşiminin sağlanabilmesinin özbakım sağlamada kolaylaştırıcı

faktör olduğu bildirilmiştir. Riegel ve Carlson (2002) kalp yetersizliği olan bireylerde öz bakımın sağlanmasındaki yardımcı ve engelleyicileri belirlemek için yaptıkları kalitatif çalışmada bireylerin fiziksel sınırlılıklarının, tedavi rejimine uyum sorunlarının, hastalıkları konusundaki bilgi eksikliklerinin ve hastaların negatif duygulanımlarının öz-bakımı yönetmede engelleyici olduğunu belirtmişlerdir.

Kalp yetersizliği olan bireyler sağlık durumlarını geliştirebilmek ve yaşam biçiminde değişimleri yapabilmek için sağlık profesyonellerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Bu desteğin sağlanabilmesi için kalp yetersizliği bakımı alanına özelleşmiş multidisipliner bir yaklaşımın uygulanması gerekmektedir (Lainscak, Blue, Clark, Dahlström ve ark., 2011). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin hastaların öz bakım aktivitelerine etki edebilecek özellikler konusunda farkındalıkları olmalıdır (Moser, Dickson, Jaarsma, Lee ve ark., 2012; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark. 2009). Kalp yetersizliğine özelleşmiş olarak yürütülen hemşirelik bakım ve izlem programları sonucunda kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıklarını yönetme süreçlerinde olumlu sonuçlar alınmış ve hastaların öz bakım düzeylerinde ve yaşam kalitelerinde artış, hastaneye tekrar yatma sayılarında azalma saptanmıştır (Chiaranai, Salyer ve Best 2009; Clark, McDougall, Riegel, Joiner-Rogers ve ark., 2015; Dahl ve Penque 2001; Grady 2008; Lainscak, Blue, Clark, Dahlström ve ark., 2011; Mårtensson, Dahlström, Johansson, Lernfelt ve ark., 2009; Seto, Leonard, Cafazzo ve ark., 2011; Sisk, Hebert, Horowitz, McLaughlin ve ark., 2006; Smeulders, van Haastregt, Ambergen, Uszko-Lencer ve ark., 2010; Smith, Piamjariyakul, Dalton, Russell ve ark., 2015; Strömberg, Dahlström, Fridlund, Mårtensson ve ark., 2003; Tung, Chen, Yin ve ark., 2012; While and Kiek 2009). Bu nedenle kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarının geliştirilmesinde hemşirelerin rolü önemlidir.

2.11. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi

Kronik, ilerleyici bir hastalıkla yaşarken yaşam kalitesinin sağlanabilmesi önemli bir konudur (Ekman, Fagerberg ve Lundman 2002; Heo, Lennie, Okoli ve Moser 2009; Jaarsma, Halfens, Tan, Huijter Abu Saad ve ark., 2000). Yaşam kalitesi klinik bir durumun ve tedavisinin hastanın günlük yaşamı üzerindeki çok boyutlu etkisini yansıtmaktadır (Heo, Lennie, Okoli ve Moser 2009; Westlake, Dracup, Creaser, Livingston ve ark., 2002). Alla, Briancon, Guillemin, Juilliere ve arkadaşları (2002) yaşam kalitesini çok boyutlu ve hastanın algılarına bağlı bir durum olarak tanımlamış, yaşam kalitesinin sadece fizyolojik değil psikolojik ve sosyal boyutuyla birlikte ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi tanımlanırken sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı

kullanılmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, fonksiyonel kapasite, semptomlar ve sağlığa ilişkin algıları içeren çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Ekman, Fagerberg ve Lundman 2002; Scott 2000).

Kalp yetersizliği, bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir sendromdur (Jaarsma ve Lesman-Leegte 2010). Kalp yetersizliği olan bireylerin dispne, yorgunluk gibi ilerleyici semptomlar yaşaması, diyet kısıtlamaları, normal iş performansındaki güçlükler, cinsel yaşamlarını sürdürmedeki zorluklar, ilerleyici özgüven kaybı, ilaç tedavisinin yan etkileri, tekrar hastaneye yatışların olması sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (De Jong, Moser ve Chung, 2005; Garin, Ferrer, Pont, Rue ve ark., 2009; Parajón, Lupón, González, Urrutia ve ark., 2004; Rodríguez-Artalejo, Guallar-Castillón, Pascual, Otero ve ark., 2005).

Kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kaliteleri düşük olarak bulunmuştur (Bradley, Sipsma, Curry, Mehrotra ve ark., 2013; Efe ve Olgun 2011; Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker ve ark., 2013; Heo, Lennie, Okoli ve Moser 2009; Hwang, Liao ve Huang 2014; Mills 2009; Zuluaga, Guallar-Castillon, Lopez-Garcia, Banegas ve ark., 2010). Heo, Lennie, Okoli ve Moser (2009) kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesine ilişkin algılarını belirlemek amacıyla yaptıkları kalitatif çalışmada, bireyler yaşam kalitesini fiziksel ve sosyal aktivitelerini yapabilme, mutlu olabilme, dostlarıyla ilişkilerini sürdürebilme olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmada kalp yetersizliği olan bireyler fiziksel ve sosyal aktivitelerini yerine getiremediklerinde yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Kraai, Vermeulen, Luttk, Hoekstra ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin uzun yaşam yerine yüksek düzeyde bir yaşam kalitesi ile yaşamak istediklerini belirtmişlerdir

Kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti, fiziksel durum ve ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (Chu, Lee, Yoo, Kim ve ark. 2014; Faller, Stork, Schuler, Schowalter ve ark. 2009; Franzen, Saveman ve Blomqvist 2007). Heo, Lennie, Okoli ve Moser (2009) kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıkları nedeniyle iş kaybı yaşadıklarında ekonomik durumlarının bozulduğunu, tedavi giderlerini karşılamada zorlandıklarını ve yaşanan finansal zorlukların hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Müller-Tasch, Peters-Klimm, Schellberg, Holzapfel ve arkadaşları (2007), Hwang, Liao ve Huang (2014), De Leon, Grady, Eaton, Rucker-Whitaker ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmalarda depresif semptomların kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesini

etkilediğini belirtmiş, depresif semptomların düşük yaşam kalitesi belirtici olduğu vurgulanmıştır. Kalp yetersizliği olan bireylerin hastaneye tekrarlı yatışlarının da yaşam kalitesini etkilediği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Bradley, Sipsma, Curry, Mehrotra ve ark., 2013; Mills 2009; Zuluaga, Guallar-Castillon, Lopez-Garcia, Banegas ve ark., 2010). Fotos, Giakoumidakis, Kolia, Galanis ve arkadaşlarının (2013) şiddetli kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, hastaların yaşam kaliteleri düşük bulunmuş, yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında komorbidite (diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetersizliği, kronik akciğer hastalıkları, kanser ve psikiyatrik hastalıklar) ve düşük fonksiyonel kapasitenin (NYHA IV) yer aldığı bildirilmiştir. Berg, Lindgren, Kahan, Schill ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, sistolik kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesini incelemişler, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin morbidite ve mortalitenin bağımsız belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada fiziksel durum ve duygusal tepkilerin yaşam kalitesini belirlemede güçlü rolleri olduğunu ifade etmişlerdir. Mulligan, Mehta, Fteropoulli, Dubrey ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada yeni tanı almış kalp yetersizliği olan bireylerin ilk tanı ve tanıdan sonraki altıncı ayda yaşam kalitelerini değerlendirmiş, hastaların altıncı ay sonundaki yaşam kalitesinde gelişme olduğunu belirtmiştir. Yaşam kalitesindeki gelişimin nedeninin hastaların zaman içinde kalp yetersizliğini kronik bir hastalık olarak değerlendirmeleri ve hastalığa ilişkin inançlarının değişiminden kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesinin artırılması önemli bir klinik öncelik olarak kabul edilmektedir (Jaarsma ve Lesman-Leegte 2010). Yapılan bir çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin multidisipliner ekip tarafından izlenmesinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirtilmiştir (Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker ve ark., 2013). Samartzis, Dimopoulos, Tziogourou ve Nanas (2013) yaptıkları meta analizde kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan psikososyal girişimlerin yaşam kalitesini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir.

Efe ve Olgun (2011) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireylere verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemişler, eğitim girişiminden üç ay sonra çalışma grubunda karşılaştırma grubuna göre yaşam kalitesinde anlamlı artış olduğunu bulmuşlardır. Chu, Lee, Yoo, Kim ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireylere uygulanacak etkili hemşirelik girişimleri ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyen etmenler belirlenerek hasta gereksinimlerinin saptanabileceğini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geliştirilebileceğini vurgulamıştır. Chung, Moser, Lennie ve Frazier (2013) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireylere sağlanan sosyal desteğin bireylerin yaşam

kalitesini etkilediği belirtilmiştir. Benzer şekilde Chung, Lennie, Riegel, Wu ve arkadaşları (2009) ve Dunbar, Clark, Quinn, Gary ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan sosyal desteğin yaşam kalitesini geliştirdiğini, mortalite ve morbiditeyi etkilediğini belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan egzersiz programlarının, motivasyonel görüşmelerin de yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Brodie, Inoue ve Shaw 2008; McKelvie 2008; Riegel, Dickson, Hoke, McMahon ve ark., 2006).

Grady, Mendes de Leon, Kozak, Cursio ve arkadaşları (2014) kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan öz bakım yönetimine yönelik danışmanlığın yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmalarında bir gruba eğitim materyalleri ile diğer gruba öz bakım yönetimine yönelik danışmanlık yoluyla girişim uyguladıklarını, her iki grubun girişim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Lucas, Riley, Mehta, Goodman ve arkadaşları. (2014) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği hemşirelerinin danışmanlığının kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık algısı, duygu durum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemişler, çalışma sonucunda kalp yetersizliği olan bireylerin altıncı ay sonunda duygu durumları ve yaşam kalitelerinde anlamlı fark olmadığını saptamışlardır. Ancak hemşire danışmanlığı alan kalp yetersizliği olan bireylerin bireysel kontrol, tedavi kontrolü ve tedavi kararları konusunda geliştikleri belirtilmiştir.

Fotos, Giakoumidakis, Kollia, Galanis ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışma sonuçlarına göre kalp yetersizliği olan bireylere rutin olarak yaşam kalitesini değerlendirmek için anket uygulanması gerektiğini, böylece hastaların durumlarındaki değişimin erken şekilde tanımlanabileceği ve sorun saptandığında erken müdahale edilerek yaşam kalitesinde artma sağlanabileceğini bildirmişlerdir. Berg, Lindgren, Kahan, Schill ve arkadaşları (2014) kalp yetersizliği olan bireylerin hastanede yatarken sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerektiğini ve bu değerlendirmenin sorun saptamada ve sorunun erken çözümünde önemli olduğunu vurgulamışlardır. Uygun girişimler uygulanarak hastaların hem fiziksel yönden hem de duygusal açıdan güçlendirilebileceği ve yaşam kalitelerinin yükseltilebileceği belirtilmiştir.

2.12. Kalp Yetersizliği ve Hastaneye Tekrar Yatma Durumu

Hastaneye tekrar yatma, bir hastanın taburcu edildikten sonra aynı hastalık nedeniyle veya ilk yatışındaki sebeplere bağlı olarak belli bir zaman dilimi içerisinde (genellikle 90 gün) yeniden hastaneye yatışını ifade etmektedir. Bu yeniden yatışlar zaman içinde üç alt gruba

ayrılarak değerlendirilmektedir: 30 gün içinde olan tekrarlı yatışlar, 31-60 gün içinde olan yeniden yatışlar, 61-90 gün içinde olan yeniden yatışlardır (Peker 2004).

Kalp yetersizliği olan bireylerin hastaneye tekrar yatış oranlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda, kalp yetersizliği olan hastaların %13.2-18.3'ünün taburcu olduktan sonra ilk bir ay içinde (Babayan, Mcnamara, Nagajothi, Kasper ve ark., 2003; Luthi, Burnand, McClellan, Pitts ve ark., 2004), %30-56.6'sının ilk üç ay içinde (Babayan, Mcnamara, Nagajothi, Kasper ve ark., 2003; Esquivel ve Dracup 2007; Polanczyk, Newton, Dec ve Di Salvo 2001; Proctor, Morrow-Howell, Li ve Dpre 2000; Schwarz ve Elman 2003), %23-50'sinin ilk altı ay içinde (Hoyt ve Bowling 2001; Krumholz, Chen, Wang, Vaccarino ve ark., 2000; Rodriquez-Artalejo, Guallar-Castillon, Herrera, Otero ve ark., 2006), yaklaşık %50'sinin altı ay- bir yıl içinde tekrar hastaneye yattığı bulunmuştur (Butler ve Kalogeropoulos 2008; Desai ve Stevenson 2012; Giamouzis, Kalogeropoulos, Georgiopoulou ve ark., 2011; Tuppin, Cuerq, de Peretti ve ark., 2014; Zaya, Phan ve Schwarz 2012). Karaca ve Mert (2011) kalp yetersizliği olan bireylerin hastaneye tekrarlı yatış sıklığı ve hastaneye yatma nedenlerini inceledikleri çalışmalarında kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrarlı yatış sıklığının oldukça yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Kalp yetersizliği olan bireylerin iki kez hastaneye yatma sıklığı %21.9, üç kez hastaneye yatma sıklığı %27.7 ve dört kez hastaneye yatma sıklığı %50.4 olarak bulunmuştur.

Kalp yetersizliği olan bireylerin hastaneye yatış nedenlerini incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlara rastlanmıştır. Karaca ve Mert (2011) çalışmalarında yaş ortalamasının hastaneye tekrar yatış sıklığını etkilediğini, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişilerin hastaneye tekrarlı yatışı etkilemediğini belirtirken, Anderson, Levsen, Dusio, Bryant ve arkadaşları (2006) çalışmalarında kalp yetersizliği olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet ve medeni durumun tekrarlı yatışları etkilediği bildirmişlerdir. Mullens, Abraham, Sokos, Francis ve arkadaşları (2008), kalp yetersizliği olan bireylerin cinsiyet farkının tekrarlı yatışlara olan etkisini inceledikleri çalışmada cinsiyetin tek başına tekrarlı yatış belirleyicisi olmadığını belirtmişler, Rodriquez-Artalejo, Guallar-Castillon, Herrera, Otero ve arkadaşları (2006), çalışmalarında yalnız yaşayan bireylerin tekrarlı yatış sıklığının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Nieminen, Dickstein, Fonseca, Serrano ve arkadaşları (2015) yaptıkları derlemede kalp yetersizliği olan bireylerin en sık hastaneye yatma nedeninin konjesyon bulguları olduğu belirtilmiştir. Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatmaya neden olan diğer faktörler de ileri yaş, komorbid durumlar, tedaviye uyumsuzluk ve erken hastaneden taburculuk olarak belirtilmiştir. Corrao, Ghirardi, Ibrahim, Merlino ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan

bireylerin hastaneye yatışlarının yüksek olduğunu, hastaneye yatma nedenlerinin komobidite ve tedavi şekilleri ile değişkenlik gösterdiğini belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan çeşitli girişimlerin bireylerin hastaneye tekrarlı yatışlarında azalma sağladığı belirtilmiştir (Anderson, Deepak, Amoateng-Adjepong ve Zarich 2005; Atienza, Anguita, Martinez-Alzamora, Osca ve ark., 2004; Blue, Lang, McMurray, Davie ve ark., 2001; Del Sindaco, Pulignano, Minardi, Apostoli ve ark., 2007; Jaarsma, Van der Wal, Lesman-Leegte, Luttik ve ark., 2008; Koelling, Johnson, Cody, Aaronson ve ark., 2005; Kwok, Lee, Woo, Lee ve ark., 2008; Ledwidge, Ryan, O'Loughlin, Ryder ve ark., 2005; Nylor, Brooten, Campell, Maislin ve ark., 2004; Ojeda, Anguita, Delgado, Atienza ve ark., 2005; Sethares ve Elliot 2004; Thompson, Roebuck ve Stewart 2005).

Lambrinou, Kalogirou, Lamnisos ve Sourtzi (2012) kalp yetersizliğine yönelik düzenlenen hemşirelerin uyguladığı öz yönetim programlarının hastaneye yatışlara etkisini incelemek amacıyla yaptıkları meta analizde kap yetersizliği olan bireylere hastaneden taburcu olmadan önce uygulanan öz yönetim programlarının kalp yetersizliği ile ilgili tekrarlı yatışları azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Buck, Dickson, Fida, Riegel ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin komorbid durumlarının varlığının öz bakımı sürdürme ve öz etkililik arasındaki gücü zayıflatarak yaşam kalitesini düşürdüğünü ve hastaneye yatışları artırabileceğini belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda öz etkililiğin artırılmaya çalışılmasıyla yaşam kalitesinin artırılabilceği ve hastaneye yatışların azaltılabileceği bildirilmiştir.

2.13. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisi

Kalp yetersizliği öz bakım teorisi duruma spesifik teori olarak sınıflandırılmaktadır. Teori, 2008 yılında Riegel ve Dickson tarafından, kalp yetersizliği öz bakımını açıklığa kavuşturmak amacıyla geliştirilmiştir. Öz bakımın geliştirilmesine odaklanarak hastaneye yatışları azaltmak teorisinin temel amaçlarından. Riegel ve Dickson öz bakım kavramını hastalar tarafından geliştirilen ve sağlık personelinin desteklediği bir süreç olarak değerlendirmişlerdir. Öz bakım her ne kadar hastanın sorumluluğu olsa da sağlık profesyonelleri tarafından hastaların desteklenmesi ve onlara yönlendiricilik yapılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Hemşirelerin hastalara semptomları nasıl tanıyacağını, semptomları nasıl izleyeceğini, öncelikleri belirlemeyi ve karar vermeyi öğretmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu kavramsal model içinde anahtar kavramlar öz-bakımı sürdürme ve yönetimidir (Riegel ve Dickson 2008).

Öz bakımı sürdürme, semptomların izlemi ve tedaviye uyum gibi fizyolojik durumları sürdürme davranışı olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye uyum, öz bakımın bir bileşenidir, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek için, sağlık profesyonellerinin önerilerine uymak olarak tanımlanmaktadır (Riegel ve Dickson 2008).

Öz bakım yönetimi, semptomlar ortaya çıktığında bireylerin karar verme sorumluluğunu gösterir. Öz bakım yönetimi kalp yetersizliği hastalarının sağlıklarının kontrol altına alınmasında ve semptomatik kalp yetersizliğinde aktif, planlanmış bir süreçtir. Yönetimin beş aşaması tanımlanmıştır. Bu aşamalar, değişimleri tanıma (ödem), değişimi değerlendirme, karar verme, tedavi stratejilerini gözden geçirme (ekstra diüretik dozu alma), tedavi uygulamasını değerlendirme olarak belirtilmiştir (Riegel ve Dickson 2008).

Kalp yetersizliği öz bakım teorisinin gelişim sürecinde iki temel düşünce yer almaktadır. Birincisi, hastaların semptomları hakkında karar verirken mantıksal ve eleştirel düşünme yeteneklerini sorgulamadır. Bu süreç naturalistik karar verme süreci olarak tanımlanmıştır. Naturalistik karar vermenin, bireylerin gerçek karar verme mekanizmalarını yansıttığı düşünülmektedir. Naturalistik karar vermede etkili olan faktörler: bilgi, deneyim, beceri, değerlerle uzlaşmadır. Teori geliştirme sürecinde ikinci temel düşünce öz bakım sağlamada kendine güven basamağıdır. Kendine güven basamağı öz bakımın temel bileşeni değil, öz bakımı sağlamada ve öz bakım sonuçlarının oluşumunda yardımcı/arabulucudur. (Riegel ve Dickson 2008).Teori içinde yer alan kavramlar aşağıda açıklanmıştır:

Semptomu tanıma: Semptom tanıma başarılı bir öz bakım sonucu alınması için temel faktörler arasındadır. Kalp yetersizliği olan bireyler semptomlarını tanıyamadıklarında öz bakım yönetimi sağlamada başarısız olacaklardır.

Bilgi: Kalp yetersizliği olan bireylerin bilgi düzeyinde artışın olması öz bakımlarının gelişmesinde önemli bir faktördür. Kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıkları ile yaşam süreçlerine ilişkin bilgi düzeyleri arttıkça farkındalıkları artmakta ve öz bakım yönetimi sağlamada gelişmektedirler. (Riegel ve Dickson 2008).

Beceri: Kalp yetersizliği olan bireylerin beceri düzeylerinin yüksek olması başarılı bir öz bakımın sağlanması açısından önem taşımaktadır. Kalp yetersizliği olan bireyler semptomları tanıma ve değerlendirmeye yönelik beceri kazanmalıdır (Riegel ve Dickson 2008).

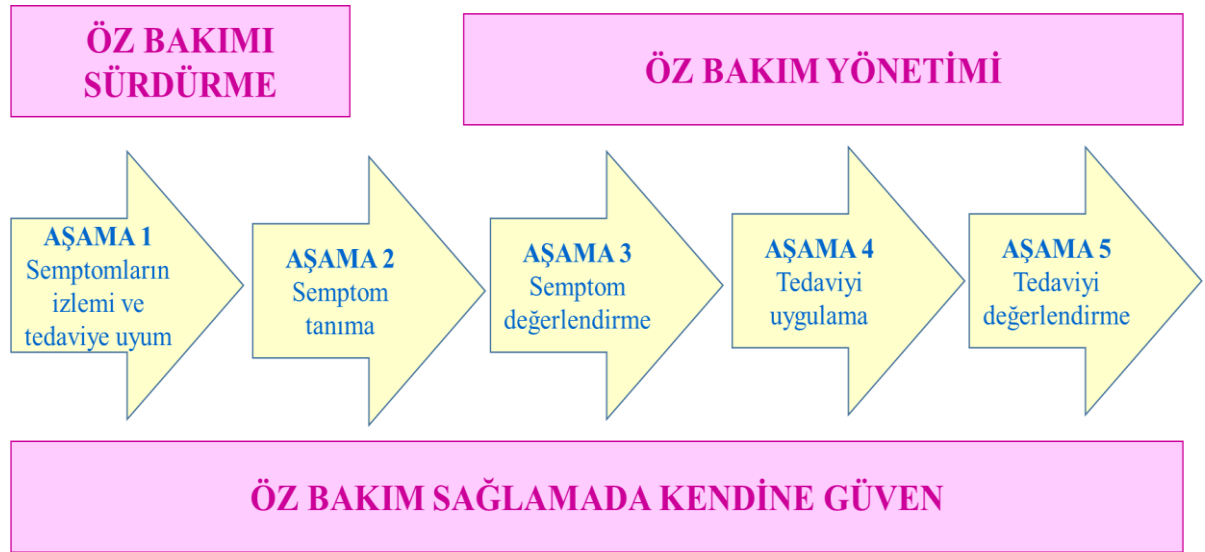
Deneyim: Kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıkları ile ilgili deneyim yaşamaları öz bakımlarının gelişmesine yardımcı olmaktadır (Riegel ve Dickson 2008).

Değerler: Değer yargılarımız dolaylı olarak tercihlerimizle ilişkilidir. Teoriye göre pozitif değer yargıları olan bireylerin olumsuz değer yargıları olanlara göre öz bakım düzeylerinin daha iyi olduğu varsayılmaktadır (Riegel ve Dickson 2008).

Öz bakım sağlamada kendine güven

Teoride öz bakım sağlamada kendine güven arttıkça öz bakım düzeyinin artacağı ve bakım maliyetinde azalmalar sağlanabileceği belirtilmektedir (Riegel ve Dickson 2008).

Kalp yetersizliği öz bakım teorisi kavramları Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Kalp yetersizliği öz bakım teorisi kavramları

Kaynak: Riegel ve Dickson 2008.

Riegel ve Dickson tarafından 2008 yılında geliştirilen kalp yetersizliği öz bakım teorisi 2015 yılında güncellenmiştir. Teorinin güncellenen yeni şeklinde bazı değişiklikler yer almaktadır. Revize edilen teoride orjinal teoriye göre üç temel fark bulunmaktadır.

Teorinin temel kavramları olan öz bakımı sürdürme ve öz bakım yönetimi kavramlarına semptom algısı kavramı eklenmiştir. Semptom algısı kendini dinleme, belirtileri izleme, semptomu tanıma, yorumlama ve semptomu anlamlandırmayı içermektedir. Yaşanan semptomlar ve bunların etkileri semptom deneyimleri olarak adlandırılmaktadır.

Bazı öz bakım davranışları kalp yetersizliği olan bireyin bağımsız kararlarıyla alınırken bazılarında bakım veren ya da sağlık profesyonellerinin danışmanlığına gereksinim duyulmaktadır. Örneğin nefes darlığı yaşayan bir birey diyetinde sodyum kısıtlamasını kendi kararıyla yapabilir. Ekstra diüretik ilaç almak sağlık profesyonellerini aramayı gerektirebilir. Revize edilen teoride öz bakımın tüm süreçlerinde otonomi ve danışmanlık yer almaktadır. Revize edilen teoride naturalistik karar verme teorisi daha fazla entegre edilmiştir (Riegel, Dickson ve Faulkner 2015). Araştırmamızda orjinal teorisinin basamakları kullanılmıştır.

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

Birinci aşama: Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi: Kalitatif Çalışma

İkinci aşama: Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi

1.AŞAMA: KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN ÖZ-BAKIM YÖNETİMİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını nasıl yönettiklerini anlamak amacıyla tanımlayıcı niteliksel araştırma yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde Ocak-Nisan 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 18 yaş ve üzerinde olan, Türkçe anlayıp konuşabilen, kişi, yer, zaman oryantasyonu olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kalp yetersizliği olan 24 birey oluşturmuştur. Böbrek yetmezliği (diyaliz tedavisi görenler), kanser (kemoterapi, radyoterapi görme), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (ventilasyon desteği gereksinim olacak düzeyde solunum problemi olması), öz bakımın sağlanmasına etki edecek düzeyde kısıtlılık oluşturan serbrovasküler olay ve romatoid artrit gibi major hastalığı ve işitme problemi olan bireyler örnekleme dahil edilmemiştir.

Niteliksel araştırmalarda araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir. Bu daha çok araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmektedir. Görüşmelerin artık yeni bir bilgi ortaya çıkmayınca kadar sürdürülmesinin yeterli olacağı belirtilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2006). Bu nedenle araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilir. Bu araştırmada da veri toplama işlemi, verilerin artık kendini tekrarladığının hissedildiği noktaya kadar devam etmiştir. Yirminci hastada doyumluğa ulaşılmıştır ancak dört hasta ile görüşme sürdürülerek toplam 24 kalp yetersizliği olan birey ile görüşülmüştür. Örnekleme alınan bireylerin ayrıntılı özellikleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Örneklem Alınan Bireylerin Özellikleri (n= 24)

Özellikler	Sayı (n)	%
Cinsiyet		
Kadın	12	50
Erkek	12	50
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	1	4.1
İlköğretim	15	62.5
Ortaöğretim	4	16.7
Yükseköğretim	4	16.7
Medeni durum		
Evli	17	70.8
Bekar	7	29.2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	1	4.1
Çalışmıyor	23	95.9
NYHA Evresi		
II	15	62.5
III	9	37.5
X±SD		
Yaş	64.95 ± 8.73	
Tanı süresi	8.56± 6.18	
EF %	40.20±13.22	

Bireylerin yarısı kadın, yarısı erkek, yarısından fazlası (%62.5) ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %70.8'i evlidir ve %95,9'u çalışmamaktadır. Bireylerin NYHA sınıflamasına göre çoğunluğu (%62.5) II. evrededir. Bireylerin yaş aralığı 45-77 yaş arasında olup, ortalaması 64.95 ± 8.73'tür. Bireylerin kalp yetersizliği tanı süresi 1.5 - 22 yıl aralığında olup, ortalama tanı süresi 8.56 ± 6.18 yıldır. Bireylerin EF yüzdeleri %20 - %60 arasında, ortalama EF yüzdesi 40.20 ± 13.22'dir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırma örneklemine alınan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı, kalp yetersizliği tanı süresi, ejeksiyon fraksiyon yüzdesi olmak üzere sekiz maddeden oluşmaktadır (EK I).

3.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Literatürden yararlanarak hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Dickson 2007; Dickson ve Riegel 2009; Riegel ve Carlson 2002) (EK 2). Dört kişi ile ön görüşme yapılmış, görüşmeler sonucunda formda düzenlemeler yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda düzenlenen formun uygulanabilirliğine yönelik yedi kişiden uzman görüşü alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından niteliksel araştırma yöntemlerinden birisi olan “Derinlemesine Görüşme” yöntemi kullanılarak toplanmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2006). Kardiyoloji polikliniğine kontrol için gelen bireylere çalışmanın amacı açıklanmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle poliklinikte uygun bir odada görüşme yapılmıştır. Görüşme sırasında, bireylerin durumunun stabil olmasına (nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi görüşmeyi sürdürmeyi engelleyebilecek semptomların yaşanmaması) dikkat edilmiştir. Yapılan görüşmeler bireylerden izin alınarak kayıt cihazına kayıt edilmiş, görüşmeler yaklaşık 20-50 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler araştırmacı tarafından tekrar dinlenerek yazılı hale getirilmiş ve içerik analizi kullanılmıştır. Analiz için iki araştırmacı tarafından veriler anlamlarına göre bölünerek kodlanmış (açık kodlama), belirli bir anlam etrafında birbiri ile ilgili kodlar bir araya getirilmiş (dikey kodlama), temalar oluşturulmuş (seçici kodlama) ve yorumlanarak anlamlı hale getirilmiştir (Speziale ve Carpenter 2007; Yıldırım ve Şimşek 2006). Veriler raporlanırken, oluşturulan temalara nasıl ulaşıldığını göstermek için görüşmeye katılanların ifadelerinden örnekler verilmiştir. Bu örnekler verilirken yorum

katmadan verinin doğasına mümkün olduğu ölçüde sadık kalınarak aktarılmıştır. Görüşme yapılan hastaların yaşları, cinsiyetleri cümlelerin sonunda “{” işareti içinde gösterilmiştir.

3.7. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği:

Araştırmanın geçerliği ve güvenirliliği için Lincoln ve Guba (1985)’nın önerdiği ölçütler dikkate alınmıştır (Lincoln ve Guba 1985).

Geçerlik: Lincoln ve Guba ”iç geçerlik” yerine ”inandırıcılık”, ”dış geçerlik” yerine ”aktarılabirlik” kavramlarını kullanmayı tercih etmektedirler (Lincoln ve Guba 1985). **İnandırıcılık**, araştırma soruları yoluyla gerçeğin doğru temsil edilmesini içermektedir (Yıldırım ve Şimşek 2006). Bu araştırmada inandırıcılık için, veri doygunluğu elde edilinceye kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Bireylerin öz-bakımlarını nasıl yönettiklerinin anlaşılmasını sağlamak için görüşülen kişilerle uzun süreli etkileşim sağlanmıştır. Bütün görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Ayrıca araştırmacı kendi gözlem ve deneyimlerine yönelik notlar almıştır. Araştırmanın her aşamasında konusunda uzman olan danışman öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır. Danışman öğretim üyesi; araştırma süresince toplanan verilere, bunların yazımına kadar olan süreçlere eleştirel gözle bakmıştır ve araştırmacıya geri bildirimde bulunmuştur. **Aktarılabirlik**, araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlara genellenemeyeceği, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılması ve test edilecek denenceler oluşturulması anlamına gelmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Aktarılabirlik için amaçlı örneklem kullanılmıştır, doğrudan alıntılar verilmiştir ve araştırmanın planı, bu araştırmayı yeniden tekrar etmek isteyen araştırmacılar için kapsamlı bir şekilde rapor edilmiştir.

Güvenirlik: Çalışmada “iç güvenilirlik” yerine “tutarlık” ve “dış güvenilirlik” yerine “teyit edilebilirlik” kavramları kullanılmıştır (Lincoln ve Guba 1985). **Tutarlık**, olay ve olguların değişkenliğini kabul etmek ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtabilmektir. Bu çalışmada tutarlık için, bir başka araştırmacıdan destek alınmış, olay ve olguların değişkenliğini kabul eden ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtabilen bir yaklaşım sağlanmıştır. **Teyit Edilebilirlik**, nitel araştırmalarda nesnellik kavramının yerine kullanılan bir kavramdır. Bu kavram çerçevesinde nitel araştırmacıdan beklenen ulaştığı sonuçları topladığı verilerle sürekli olarak teyit etmesi ve bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunabilmesidir. Teyit edilebilirlik için teyit incelemesi yapılması önerilmektedir. Bu araştırmada teyit edilebilirlik için, araştırmacı tarafından ulaşılan sonuçlar açık ve anlaşılır bir biçimde okuyucuya aktarılmış, veri kaynakları, araştırma sürecinde oluşan ortamlar ve süreçler açıkça tanımlanmıştır. Ayrıca tüm veri toplama araçları, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve rapora temel oluşturan algılar ve notlar gerektiğinde

teyit incelemesine sunulmak üzere saklanmıştır (Polit ve Beck 2008; Rolfe 2006; Yıldırım ve Şimşek 2006).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde araştırmanın yapılacağı kurumdan uygulama izni (EK 3) ve araştırmanın uygulanabilirliğine yönelik etik kurul izni alınmıştır, (EK 4) Çalışmanın amacı bireylere açıklanmış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden ayrıca yazılı izin de (bilgilendirilmiş onam) alınmıştır (EK 5)

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, çalışılan örneklem özelliklerini yansıtmakta ve sonuçlar tüm popülasyona genellenememektedir.

4. BULGULAR

Çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin öz-bakımlarını nasıl yönettiklerine ilişkin kolaylaştırıcılar ve engeller olmak üzere iki ana tema ve 11 alt tema belirlenmiştir (Tablo 8).

Kolaylaştırıcılar teması altında semptomu tanıma/semptom yaşamak istememe, korku, aile desteği, tedaviye inanma, motivasyon, mecbur olma alt temaları; engeller teması altında alışkanlıklardan vazgeçememe, bilgi eksikliği, hastalığı kabullenmeme/önemsememe, kadercilik, kendine güvenmeme, alt temaları yer almaktadır.

Tablo 8. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Öz Bakımlarını Nasıl Yönettiklerine İlişkin Oluşturulan Ana Tema ve Alt Temalar

ANA TEMA	TEMA
Kolaylaştırıcılar	Semptomu tanıma/semptom yaşamak istememe Korku Aile desteği Tedaviye inanma Motivasyon Mecbur olma
Engeller	Alışkanlıklardan vazgeçememe Bilgi eksikliği Hastalığı kabullenmeme/önemsememe Kadercilik Kendine güvenmeme

4.1. KOLAYLAŞTIRICILAR

Bu tema altında semptomu tanıma / semptom yaşamak istememe, korku, aile desteği, tedaviye inanma, motivasyon, mecbur olma alt temaları yer almaktadır.

4.1.1. Semptomu Tanıma / Semptom Yaşamak İstememe

Hastalar ödem, kilo artışı, yorgunluk, nefes almada güçlük gibi sık görülen semptomları yaşadıklarını belirttiler. Hastalar kalp yetersizliğine ilişkin semptomları tanıyabildiklerinde farkındalıklarının arttığını, yaşanan semptomun neden kaynaklandığını, semptom yaşadıklarında nasıl davranmaları ve neleri yapmaları, neleri yapmamaları gerektiğinin bilincinde olduklarını ve semptom yaşamamanın çok zor olduğunu ifade ettiler.

Ayaklarında çorabın izi kaldığında, kemerleri sıkıldığında kilolarında değişiklik olduğunu fark ettiklerini ifade ettiler.

“Şimdi ben hastalığımı bildiğim için aşırı yemeklerden, aşırı tuzdan, ne bileyim çok yemekten tuzlu yemekten, kaçınarak kendimi korumaya çalışıyorum.” (70 yaşında, erkek).

“Verilen diyetin dışına en ufak çıktığın zaman zaten olaylar başlıyor. O zaman onu yönlendirmek için baya feragat ediyorsun birçok şeylerden tekrar eski haline gelebilmesi için. O zaman işte yönlendireyim diye uğraşıyorsun.” (60 yaşında, erkek).

“Ben bir veya iki günde bir kilomu ölçerim veya kayışın deliğiyle de ölçülebiliyor. Hani bir delik fazla sıkıldığı zaman ha ben iyiyim diyebiliyorsunuz normal diyebiliyorsunuz, kayışınız iliklenmiyor haa fazla kilo almışım diyebiliyorum ama daha çok tartılarak bunu anlıyorum. Fazla çıktığım zaman kendimi frenlemeye çalışıyorum.” (70 yaşında, erkek).

4.1.2. Korku

Bireyler kalp hastası olan yakınlarını kaybettikleri için ölüm korkusu yaşadıklarını, bu nedenle hastalıklarını yönetmeye çalıştıklarını ifade ettiler. Ayrıca bireyler felç olmaktan, diyalize girmekten korktuklarını, bu durumun ölümü daha da yaklaştıracığını düşündüklerini belirttiler.

“Ölüm korkusu bıraktırdı içkiyi. Ve artık onun kokusu bana hoş gelmemeye başladı nedense. Belki ayda yılda bir öyle olabiliyor ama, öyle eskisi gibi her gün değil. Sigara da öyle. Çünkü artık yavaş yavaş içine ölüm korkusu giriyor. Onlar itici güç oluyor. Bu nedenden, ondan faydalı oluyor bırakmaya.” (60 yaşında, erkek).

“Tedaviden beklentim nedir, iyi yaşamak. Ne kadar yaşayabilirim, nereye kadar yaşayabilirim? Yani kötü bir şey yaşama hani ölme. Ölmeden ölmeye de şey var. Ya sürünerek ölmek var bir de normal.” (45 yaşında, erkek).

“Nefes alamama yani, o korkuyla epey mücadele ettim yani, nefes alamazsam ne olur diyerek kalkıyordum yataktan.” (77 yaşında, kadın).

4.1.3. Aile Desteği

Yapılan görüşmede bireyler yeterli derecede aileden destek alabildiklerinde bu durumun motivasyonlarını arttırdığını ifade ettiler.

“Eşim zaten çok bilinçli bu konuda. O yani zaten beni yönlendiriyor. İcabında beni frenlemesini biliyor. Yani yeter. Mesela yürüyüş yapıyoruz, bu günlük bu kadar yeter. Yani eşim oldukça bu konuda bilinçli o da yardımcı oluyor.” (67 yaşında, erkek).

4.1.4. Tedaviye İnanma

Yapılan görüşmelerde bireyler tedaviden yarar gördüklerinde iyileşeceklerini düşünmektedirler ve tedaviyi yararlı olarak algılamaktadırlar. Ayrıca yapılan görüşmelerde bireyler doktorlarına güven duyduklarını ve bu durumun kendi motivasyonlarını arttırdığını ifade etmektedirler.

“İlaçlarımı hiç aksatmıyorum. Gıdama dikkat ediyorum, mümkün mertebe tuz ve ağır yiyecekler yemiyorum. Belirli saatlerde yürüyüş yapıyorum, yani diyebileceğim bu. En mühim olanı ilaçlarını aksatmamak benim şahsi fikrim bir de doktorun tavsiyelerine harfiyen uymak. Ben öyle yaptım bu güne kadar gayet yani kalbimin ilk enfarktüs geçirdiği zaman uğradığı hasarda fazla bir gelişme olmadı.” (67 yaşında erkek).

Ayrıca bireyler doktorlarına güven duyduklarını belirttiler.

“Ben iyi olacağım diye geldim buraya. Şimdi doktoruma güveniyorum o ne derse evet diyorum.” (64 yaşında, erkek).

“En son ilaç tedavileri yapıyor. Daha ötesi yok.” (60 yaşında, erkek).

4.1.5. Motivasyon

Bireyler hastalıkları ile yaşam sürecinde durumlarını kontrol altında tutabileceklerine inanmakta ve bu şekilde daha sağlıklı yaşayabildikleri için motivasyonları artmaktadır.

“Bilinçli olursanız uzun yıllar yaşanabileceğini görmüş durumdayım. Artık yaşam tarzım hasta olmamaya endeksli. Ümidim yaşam tarzımla acaba biraz kalbim düzelir mi diye çünkü ben bunu yaşadım değerlerde düzelme olduğu zamanlar oldu .” (67 yaşında, erkek).

“Sigara bırakılması gerekiyor bana göre, işte bak tuzsuz diyorsunuz, daha başka bir liste verirseniz memnun olurum. Aynısını uygulayım. Niye? E ben eski gücümü nasıl kaybederim bir tuzla veya bir sigarayla niye kaybedeyim ben? Yaşlılık mı? Hayır, benim babam 90 yaşına kadar çalışmış bir insan.” (51 yaşında, erkek).

“Kendimi böyle yürüyemiyorum artık, hani nefes alamıyorum diye bırakmıyorum. Hani insanın yani kendi elinde, beyinde her şey.” (77 yaşında, kadın).

4.1.6. Mecbur Olma

Yapılan görüşmelerde bireyler hastalıklarının kronik bir süreç olması ve sıklıkla semptomlar yaşamaları nedeniyle bu durumu yaşamaya mecbur olduklarını ifade etmişlerdir.

“Kalp yetersizliğiyle yaşamak istemem tabi ama mademki doktorların dediği gibi siz bunla beraber yaşayacaksınız onun için şunlara şunlara dikkat etmeniz gerekiyor dedikleri

için bu kalp yetmezliği mademki itinalı bir yaşantı gerektiriyor bir sürü şeyler gerektiriyor yani benim dikkat etmemi gerektiriyor.”(70 yaşında erkek).

“Elimde olsa kaldırmak isterim ama kaldıramayacağıma göre dikkat edilebilecek şeylere tamamen bunu tatbik etmeye çalışırım mecburen yaşayacağım çünkü.” (70 yaşında erkek).

“Yani nasıl olur, ben olamam falan. İnsan yadırgıyor. Ama sonradan mecburen alışmak zorunda kalıyorsun. Doktorun tavsiyelerine uymak zorunda kalıyorsun. Alışınca, benden kötülerini var diyorsun. Benimkisi iyi diyorsun işte. Yani idare ettiriyorsun hayatını.” (77 yaşında, kadın).

4.2. ENGELLER

Bu tema altında alışkanlıklardan vazgeçememe, bilgi eksikliği, hastalığı kabullenmeme/önemsememe, kendine güvenmeme, kadercilik alt temaları yer almaktadır.

4.2.1. Alışkanlıklardan Vazgeçememe

Yapılan görüşmelerde bireyler durumlarını iyi olarak algıladıklarında eski alışkanlıklarını sürdürme davranışı gösterdiklerini belirtmişlerdir. Yeni bir yaşam düzenine uyum sağlamanın zor olduğunu ifade etmişlerdir.

“Tuzsuz yiyemem, ağzımın tadı öyle(gülerek), damak zevki.” (77 yaşında, erkek).

“Uyum sağlayamıyoruz yani hastalığa. Bilmiyorum yani alışkanlık mı desem yemek alışkanlığımız da var. Senelerin verdiği bir şey de olabilir.” (72 yaşında, erkek).

“Alışmamışım ki ilaca. Bakıyorum ilaçlarımı unutmuşum. Gençliğimden beri doktora karşı alerjim var. Ben doktora gitmem bak sigorta defterimi açın bomboştur.” (64 yaşında, erkek).

“Doğrusunu söylemek isterim. Bir sigarayı bıraktım. Ama tuz %60 azaltmışımdır yani, kimseyi kandırmam kendimi kandırırım yani. %60 bir tuzda azaltmam oldu. Ara sıra hanım börek falan yapar onları yiyoruz. Sıfır tuz kullanmam lazım ama 60 senenin verdiği bir alışkanlık olduğu için hani azaltma şansımız var ama yok. Ne bileyim hani.” (72 yaşında, erkek).

“Nefis durmuyor. Birazcık ta şöyle kendini artık alıştığın düzende iyi hissettiğin zaman aa ben iyiyim falan diyorsun. Kaçamak oluyor, onun da 15 gün ceremesini çekiyorsun.” (60 yaşında, erkek).

4.2.2. Bilgi Eksikliği

Yapılan görüşmelerde bireyler doktorlarının kendilerini yeterli bilgilendirmediklerini ifade etmişler, hastalıklarıyla yaşarken evde ne yapacaklarını bilmediklerini, nelere dikkat edeceklerini, hangi sorunları yaşayabileceklerini, ne zaman doktora başvurmaları gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir.

“Hiç ben böyle kalbimin yetersiz olduğunu bilmiyorum ki. Doktorlar öyle dedi işte bu kadar. Şimdi de geçen sene böyle karnımda şişkinlik oldu buraya geldim Soğuk mu fazla dokundu nasıl olduysa bu karnım şişti çıktı. Burada da başka öyle kalbimden bir şeyim yok şu karnım olmayıverse başka öyle şimdilik Allah’a şükür öyle bir ağrım acım bir şeyim yok.” (60 yaşında, kadın).

“Hani bunları açıklayıcı ne bir perhiz ne bir kitapçık ne bir broşür hiçbir şey verilmedi hiç bir şey söylenmedi. Ama söylenseydi nasıl embolide sebzeme dikkat ediyorsam onda da dikkat ederdim.” (54 yaşında, kadın).

“Bu nefes darlığı kalpten olacağı hiç aklıma gelmedi.” (71 yaşında, kadın).

4.2.3. Hastalığı Kabullenmeme / Önemsememe

Yapılan görüşmelerde bireyler yaşadıkları sorunları önemsemediklerini bildirmişlerdir.

“Valla ben ölümden korkmam tık diye durur giderim. Hani hiç öyle bir endişem tasam sıkıntım kalbimde şu varmış bu varmış öyle hastalar gibi kafama da takmam yani hiç. Hani böyle kalbim sıkışacak ne bileyim şunu yapmayayım şunu yemeyeyim şuraya gitmeyeyim gezmeye gitmeyeyim bu bir kere benim kafamda yoktur.” (64 yaşında, erkek).

“Çok rahat olmak istiyorum evde hiç evde bunları aklıma getirmek istemiyorum. Acaba nefes alamam da yine bir şey olur muyum diye aklıma geliyor. Bir de kendi kendimi teselli ediyorum bunu atlatırım diye de düşünüyorum.” (77 yaşında, kadın).

“Hiçbir şey yapmıyorum dikkat etmem kendime yani. Hiç kendimi dinlemiyorum şey yapmıyorum böyle nazlı hasta değilim yani ben. Mecbur kalmadıkça doktora gitmem ben.” (64 yaşında, erkek).

“Bir yerde gençliğe veriyorsunuz gençlikte bazı şeyleri benimsemiyorsunuz diyorsunuz ki ben gencim nasıl olsa atlatırım şöyle olursa atlatırım.” (67 yaşında, erkek).

“Ödemin bana hiçbir zararı olmadı.” (65 yaşında, erkek).

4.2.4. Kadercilik

Bireyler hastalıklarını yönetebilmek için yapabilecekleri bir şey olmadığını düşündükleri için durumlarını kabullendiklerini ifade etmişlerdir.

“Bunun için hiç bir şey yapamazsınız. Çünkü içerden güç gelmedikten sonra yapılabilecek hiç bir şey yok. Gönül istiyor yapayım, mantığım istiyor yapayım. Ama vücut yapmıyor, beyin, kalp yetmiyor.”(60 yaşında, erkek).

“Bir şey yapamıyorsun. Allah’ın dediği olur, bizim dediğimiz olmaz.”(76 yaşında, kadın).

“Yaradan Allah’ım, ya Allah’ım kısa kesecek, kendisi kararsız, başka diyeceğimiz yok, Allah’ım kararsız kendi. Tecellemiz Allah, başka elinden yapacak bir şey yok.” (60 yaşında, kadın).

4.2.5. Kendine Güvenmeme

Yapılan görüşmelerde hastalar evde yaşamlarını sürdürürken kendilerine güvenemediklerini, evde sorun yaşarlarsa kendi başlarına bu sorunları çözemeyeceklerini bildirmişlerdir.

“Tabi eski halimle mukayese edersem şu andaki durumum benim çok fark var. Yani kendime eskisi kadar güvenemiyorum. Eğer bir saat çalışacaksam yarım saat dinlenmem gerekir diyorum yani kendi kendime.” (51 yaşında, erkek).

“Onu ben ne kadar becerebilirim bilemiyorum ki. Yani ben hastalığımı yönetebiliyorum diyemiyorum, yani belki kendimizden kaynaklanan bir şeyler de olabilir.” (45 yaşında, erkek).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma sonucunda kalp yetersizliği olan bireylerin öz-bakım yönetimlerine ilişkin kolaylaştırıcılar ve engeller olmak üzere iki ana tema belirlenmiştir.

5.1. KOLAYLAŞTIRICILAR

5.1.1. Semptomu Tanıma / Semptom Yaşamak İstememe

Kalp yetersizliği olan bireyler, hastalıkları ile yaşam sürecinde sıklıkla semptom yaşayabilmekte, yaşadıkları semptomlardan olumsuz etkilenmektedir. Yaşanan semptomlar bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, aile yaşantılarını, iş yaşamlarını, sosyal yaşamlarını etkilemektedir. Kalp yetersizliği olan bireyler nefes darlığı, ödem, göğüs ağrısı, halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk gibi semptomlarla yaşamayı çok zor olarak tanımlamakta, bu semptomlarla yaşamak istemediklerini ifade etmektedirler.

Europe ve Tyni Lenne (2004) kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıklarıyla yaşamları sürecinde yaşadıkları deneyimleri araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların belirti ve semptomları algılama durumlarına göre davranış biçimi oluşturduklarını belirtmişlerdir.

Rockwell ve Riegel (2001) öz bakımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada en önemli iki değişkenden birinin semptom şiddeti olduğunu belirtmişlerdir. Sık alevlenme yaşayan bireylerin ciddi semptomları tanımda geliştiğini ve öz bakıma aktif olarak katıldığını, buna karşılık hafif kalp yetersizliği semptomları olan bireylerin semptom tanımda ve öz bakımın amacını anlamada güçlükleri olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda semptomu tanıyan ve semptom yaşamak istemeyen bireylerin öz bakım uygulamalarına dikkat ettikleri belirlenmiştir. Bireylerin hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olmaları, semptomları tanıyabilmeleri ve semptomları fark edebilmelerini sağlamaktadır. Semptomları yaşayan bireyler günlük yaşantılarının etkilendiğini belirtmiş, semptom yaşadıklarında, nefes almada zorlanma, hareket etmede güçlük, günlük bakımlarını yapmada zorlanma gibi fiziksel sınırlılıklar yaşadıklarını, bu nedenle semptom yaşamayı “çok zor” şeklinde tanımlamışlardır.

5.1.2. Korku

Çalışmada hastalar felç olma ve ölüm korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle tedavilerine ve önerilere uyduklarını, durumun ciddi olduğunu ve dikkat etmeleri

gerektiğini belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da korku yaşamanın öz bakım sağlanması için olumlu bir güç olduğu belirtilmiştir. Nefes darlığı, anjina gibi semptomların akut alevlenmesi yaşam ve ölüme ilişkin algıları öne çıkarmaktadır (Strömberg ve Jaarsma 2008). Kalp yetersizliğinin kronik bir süreç olması yaşamlarını ciddi bir şekilde etkileyeceğini düşünme bireylerin korku yaşamasına neden olmakta ve korku yaşama öz bakımın sağlanması için tetikleyici bir durum olmaktadır.

5.1.3. Aile Desteği

Çalışmada hastalar aile üyelerinden / bakım verenlerinden ya da sosyal çevrelerinden yeterli destek aldıklarında öz bakımlarının olumlu etkilendiğini ifade etmişlerdir. Sosyal destek hastaların öz yönetimlerini sağlamalarını artırmakta ve pozitif yarar sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda da hastalar sosyal desteği durumlarının yönetiminde temel yardımcı faktörlerden biri olarak tanımlamıştır (Gallagher, Luttik ve Jaarsma 2011; Harkness, Spaling, Currie ve Strachan 2015; Heo, Lennie, Okoli ve Moser 2009; Seah, Tan, Gan ve Wang 2015; Thornhill, Lyons, Nouwen, ve Lip 2008). Kalp yetersizliği olan bireyler tedavi ve bakım sürecinde etkili bir aile desteği aldıklarında bu durum öz bakım davranışlarının gelişmesinde önemli rol oynamaktadır.

5.1.4. Tedaviye İnanma

Çalışmada sağlık profesyonellerinden eğitim alan hastaların tedaviye inançlarının yüksek olduğu ve öz bakımlarının olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir. Bireyler düzenlenen tedaviden yarar gördüklerinde tedaviye inançları, sağlık profesyonellerine güvenleri artmaktadır.

Sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki güven etkileşimi önem taşımaktadır. Etkili iletişim becerileri ve güven ortamının sağlanması hastanın güçlenmesini sağlayacaktır.

5.1.5. Motivasyon

Çalışmada kalp yetersizliği olan bireyler tedavi sürecine uyum gösterdiklerinde yaşadıkları semptomlar gerilemiş, hastalar semptom yaşamadıklarında kendilerini daha iyi hissettikleri için motivasyonları artmıştır. Yapılan davranışın olumlu bir şekilde sonuçlanması motivasyonu arttırmaktadır.

5.1.6. Mecbur Olma

Kalp yetersizliği olan bireylerin tedavi ve bakım süreci karmaşık ve sürekli izlem gerektirmektedir. Yaşanan semptomların şiddeti ve sıklığı arttıkça hastalar bu durumlarını düzenleyebilmek için düzenli bir sağlık hizmetine gereksinim duymakta, hastalığıyla yaşayabilmek için sağlık hizmeti almaya kendini mecbur hissetmektedir. Bireyler çok zor olarak tanımladıkları semptomların alevlenmesiyle sonuçlanan durumları yaşadıklarında hastalıklarıyla yaşamaya mecbur olduklarını algılamaktadırlar.

Harkness, Spaling, Currie ve Strachan (2015) kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım stratejilerini belirlemek için yaptıkları meta sentezde kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını sağlamak istedikleri, bunun için her çareye başvurdıkları belirtilmiştir.

5.2. ENGELLER

5.2.1. Alışkanlıklardan Vazgeçememe

Kalp yetersizliği olan bireyler hastalıklarını ve hastalıklarını yönetebilmek için yapmaları gerekenleri önemsemediklerinde eski alışkanlıklarını sürdürme davranışı göstermektedirler. Bireyler eski alışkanlıklarını sürdürmeye çalışırken hastalıklarını yok sayma eğiliminde olmaktadır. Günlük yaşantılarına tanı almadan önceki gibi devam etmek istemektedirler.

Yeterli bilgi sahibi olmak davranış değişikliğinin oluşması için her zaman yeterli olmamaktadır. Birçok kalp yetersizliği olan birey bildiklerini davranışa dönüştürmede sorun yaşamaktadır. Bazı araştırmacılara göre tuzlu besinler tüketmek kültürel bir davranış şekli olarak kabul edilmektedir. (Granger, Sandelowski, Tahshjain, Swedberg ve ark., 2009). Eski alışkanlıkların bırakılıp yeni bir yaşam tarzının benimsenmeye çalışılması zor bir süreçtir. Yeni yaşam tarzı benimsenmeye çalışılırken bireylerin kendileri ve aileleri de bu süreçte etkilenmektedir. Bu durum da alışkanlıklardan vazgeçmeyi zorlaştırabilir.

5.2.2. Bilgi eksikliği

Çalışmada hastaların çoğu hastalık, semptom, semptom izlemi, semptom yönetimi, tedavi rejimi, kullanılan ilaçlar konusunda bilgilerinin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Hastalar özellikle semptom yönetimi konusunda neler yaptıkları sorgulandığında “ne yapacağımı bilmiyorum ki hiçbir şey yapmıyorum, oturup yaşadığım sorunun geçmesini bekliyorum, geçmezse doktora gidiyorum” şeklinde ifade etmişlerdir.

Kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıkları ve hastalık yönetimi konusunda bilgi sahibi olmaları gerekliliğinin önemi bir çok çalışmada vurgulanmıştır. (Artinian, Magnan, Christian ve Lange 2002; Miche, Herrmann, Wirtz, Laki ve ark., 2003; Wright, Walsh, Ingley, Muncaster ve ark., 2003). Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker ve arkadaşları (2013) çalışmalarında kalp yetersizliği olan bireylerin kendi durumları hakkında bilgi sahibi olmadıklarında hastalık yönetimlerinin zayıf olduğunu belirtmişlerdir. Stull, Starling, Haas ve Young (1999) kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıklarına nasıl adapte olduklarını inceleyen çalışmalarında, kalp yetersizliği olan bireylerin ve ailelerinin tanıyla yaşama ilişkin bilgi gereksinimi duyduklarını bildirmişlerdir.

Toplumda yaygın olarak doğru kabul edilen bazı durumlar da kalp yetersizliği olan bireylerin tedaviye uyumunu güçleştirmektedir. Sağlıklı olmak için günde sekiz bardak su içilmelidir bilgisi kalp yetersizliği olan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyumunu güçleştirmektedir (Das ve Grimmer-Somers 2012). Yetersiz bilgi nedeniyle yanlış anlaşılan durumlar diyetle uyum (Rogers, Addington-Hall, Abery, McCoy ve ark., 2000; Rucker-Whitaker, Flynn, Kravitz, Eaton ve ark., 2006), günlük kilo izlemi (Riegel ve Carlson 2002), semptom tanıma (Horowitz, Rein ve Leventhal 2004), tedavi başarısı (Kaholokula, Saito, Mau, Latimer ve ark., 2008), yardım arama (Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel ve ark., 2008) gibi öz bakım davranışlarını olumsuz etkilemektedir.

Kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıklarını yönetebilmeleri için sağlık profesyonellerinin hastalığın yönetim sürecine ilişkin bilgi ve danışmanlık sağlamaları gerekmektedir. Ancak sağlık profesyonelleri sağlık sisteminin olumsuz getirileri nedeniyle hastalarını bilgilendirmede eksik kalmaktadırlar. Görüşmeler sırasında hastaların bazıları doktordan bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin, bu hastaların izleminde, eğitiminde yer almadıkları görülmektedir. Polikliniklerde kalp yetersizliği alanında uzmanlaşmış hemşirelerin bulunmayışı da bu durumun ortaya çıkma nedeni olabilir.

5.2.3. Hastalığı Kabullenmeme / Önemsememe

Çalışmada kalp yetersizliği olan bireyler hastalıklarını kabullenmek istemediklerinde yaşadıkları semptomları önemsemediklerini, hasta olduklarını kabullendiklerinde de bu durumu güçsüzlük olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir.

Harkness, Spaling, Currie ve Strachan (2015) kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım stratejilerini belirlemek için yaptıkları meta sentezde hastaların dekompanzasyon bulgularını farketse bile hastaneye yatma korkusu yaşadıkları için sağlık profesyonellerinden yardım almayı erteledikleri belirtilmiştir.

Horowitz, Rein ve Leventhal (2004), kalp yetersizliği olan bireylerin şiddetli semptom yaşamadıklarında durumu önemsemediklerini belirtmiştir. Bu durum hemşirelerin, hastalara semptomları erken dönemde fark ederek önlem almanın önemi konusunda eğitim vermelerinin gerekli olduğunu belirtmektedir.

Kültürel inançlar da kalp yetersizliğine ilişkin yanlış düşünceler gelişmesine neden olabilmektedir. Hastalar kalp yetersizliğinin stres sonucu ya da yaşlılıkla birlikte geliştiğini düşünebilirler (Dickson, Howe, Schipper ve Katz 2012). Bunun sonucunda hastalar stresli zamanlarında tıbbi tedaviyi izlemek yerine stresten uzak kalarak iyileşeceğini düşünebilmektedir. Çalışmamızda kalp yetersizliği olan bireyler yaşadıkları sorunları göz ardı ederek kendilerini iyi hissettiklerini belirtmektedirler. Semptomlarını stres, yaşlılık, çalışma yaşamındaki zorluklar gibi başka nedenlere bağlayarak hastalığın yaşamlarına getirdiği semptomları önemsememektedirler. Yaşadıkları sorunları önemsediklerinde hasta olduklarını kabullenmek durumunda kalmaktadırlar. Hastalıklarını kabullenerek hasta kimliği kazanmak bireyler için güç kaybı anlamına gelmektedir.

5.2.4. Kadercilik

Çalışmada bireyler hastalığı yönetmek için Allah'ın kendilerine yardım edeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir ve bazı durumlarda ne yapılırsa yapılsın Allah'ın dediği olur ifadesini kullanmışlardır. Bireyler hastalıklarına ilişkin yapılacak bir şeyin olmadığını düşündüklerinde inançlarına sığınmaktadırlar.

Yapılan çalışmalarda da kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık sürecinde spiritüel yaklaşıma (inançlarla yaşama, inançlara derinleşme) odaklandıkları belirtilmiştir (Rhodes ve Bowles 2002; Riegel ve Carlson 2002).

5.2.5. Kendine Güvenmeme

KY olan bireyler, sağlık durumlarındaki ani değişiklik nedeniyle durumlarıyla başedebilme konusunda kendilerini yeterli olarak algılamadıklarını belirtmişlerdir. Kalp yetersizliği semptomlarıyla mücadele sürecinde bireylerin yaşadıkları, durumlarını yönetebilmeleri konusundaki inançlarını kaybetmelerine zemin hazırlamaktadır. Bireylerin yeterli bilgilendirilmemeleri, hastalığı yönetme konusunda becerilerinin geliştirilmemesi ve hastalığın ilerleyici doğası kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda, semptomu tanıyan, semptom yaşamak istemeyen, yeterli aile desteği olduğunu belirten, tedaviye ve hastalığı yönetmesi gerektiğine inanan bireylerin öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmeye çalıştıkları, alışkanlıklarından vazgeçmeme, bilgi eksikliği, hastalığı kabullenmeme, kaderci yaklaşım ve hastalığı yönetme konusunda kendine güvenmemenin öz bakım davranışlarını yerine getirmede engelleyici olduğu bulunmuştur.

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre kalp yetersizliği olan bireylere;

- Kalp yetersizliği tanısı, tedavisi, semptomları ve semptomlarla nasıl baş edebilecekleri ile ilgili eğitimin alanında uzman hemşirelerce sağlanması,
- Öz bakım yönetiminde etkin olabilmeleri için motivasyon sağlanması,
- Sosyal desteklerinin sağlanabilmesi için hemşirelerin ailelerle işbirliği içinde olması,
- Alanında uzman hemşireler tarafından hastaneye yatış süreçlerinde, poliklinikte ve ev ortamında danışmanlık sağlanması, hastaların düzenli aralıklarla izleminin yapılması önerilmektedir.

İKİNCİ AŞAMA: KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIM VE İZLEM PROGRAMININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

7. GEREÇ VE YÖNTEM

7.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmada hemşirelik bakım ve izlem programının “öz bakım, yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatma durumuna” etkisini incelemek amacıyla **niceliksel araştırma yöntemlerinden deneysel araştırma tasarımı** kullanılmıştır. Araştırma randomize kontrollü çalışma olarak yürütülmüştür.

7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ağustos 2012 - Şubat 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı içinde hizmet veren kalp yetersizliği polikliniğinde yürütülmüştür. Kardiyoloji Anabilim Dalı içinde hizmet veren kalp yetersizliği polikliniği, kalp yetersizliği tanısı ile hastaneye başvuran bireylerin izlemelerinin yürütülmesi amacıyla Temmuz 2012 tarihinde kurulmuştur. Kalp yetersizliği polikliniğinde kalp yetersizliği alanında çalışmalarını yürüten bir öğretim üyesi, bir uzman hekim bulunmaktadır. Poliklinik haftanın bir gününde kalp yetersizliği olan bireyleri izlemektedir. Polikliniğe günde sekiz hasta kabul edilmektedir.

7.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi kalp yetersizliği polikliniğinde izlenen 90 kişi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, %80 güç, %95 güven aralığında 0.05 hata payı ile Jaarsma, Halfens, Tan, Huijer Abu Saad ve arkadaşlarının (2000) makalesindeki öz bakım ölçeği üçüncü ve altıncı ay verileri (10.3 ± 2.8) ve (11.2 ± 3.1) kullanılarak NCSS-PASS yazılım programında hesaplanmıştır. Elde edilen sonuca göre örneklem sayısı her bir grup için 41 bulunmuştur. Çalışma sürecinde kayıpların olabileceği göz önüne alınarak örneklem sayısının her bir grup için 45 kalp yetersizliği olan birey ile yürütülmesine karar verilmiştir. Girişim grubunda 45, karşılaştırma grubunda 45 kalp yetersizliği olan birey olmak üzere araştırmanın örneklemini 90 birey oluşturmuştur. Çalışma sürecinde girişim grubunda bir hastanın ölümü, bir hastaya

ulaşılamaması ve bir hastada nörolojik sorunların gelişmesi nedeniyle, karşılaştırma grubunda bir hastanın ölümü nedeniyle kayıplar yaşanmıştır. Girişim grubunda 42, karşılaştırma grubunda 44 kişi çalışmayı tamamlamıştır.

Örnekleme alınma ve örneklemden dışlanma ölçütleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Örnekleme Alınma Ölçütleri;

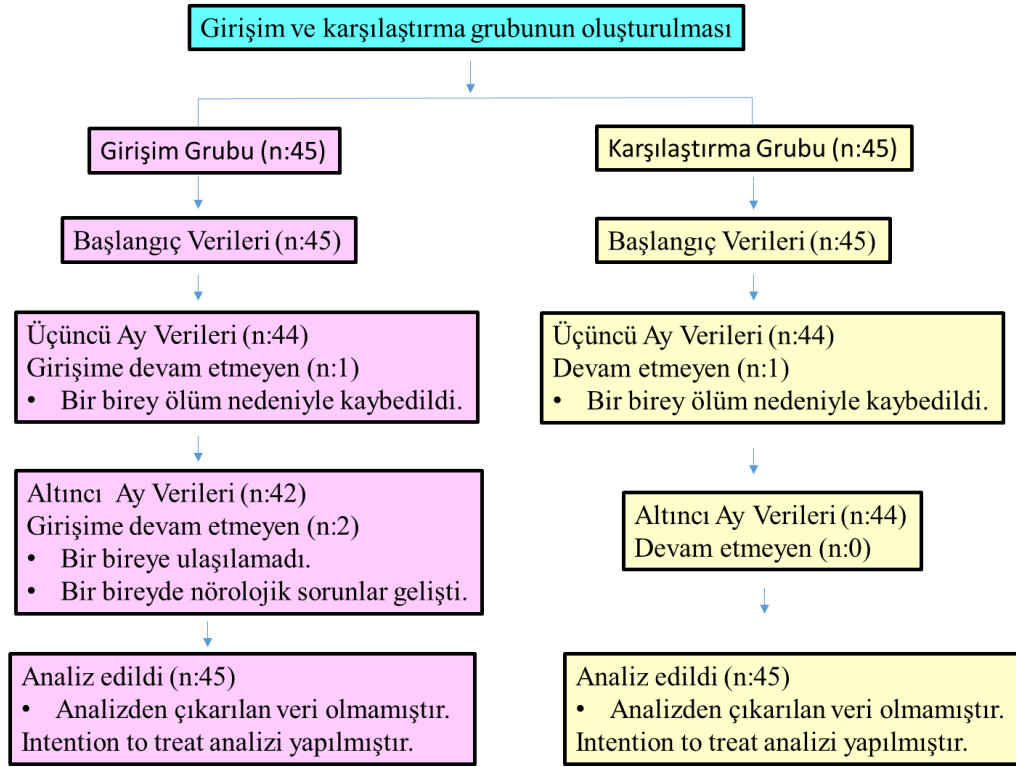
- 18 yaş ve üzerinde olması
- New York Kalp Derneği'nin Sınıflandırma Sistemi'ne (NYHA) göre kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfının NYHA II ya da NYHA III olması (NYHA II: Fizik aktivitede hafif sınırlama; olağan fizik aktivitede semptomlar var, NYHA III: Fizik aktivitede belirgin sınırlama; normalden daha az fiziki aktivite yorgunluğa, çarpıntıya, dispne, anginal ağrıya neden olur) (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark., 2008). Fonksiyonel sınıfı I olan bireyler asemptomatik olduğu, fonksiyonel sınıfı IV olan bireyler kritik bakım gerektirdiği için çalışmaya dahil edilmemiştir (Dickson 2007).
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- Okuma yazma bilmesi
- Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi
- Kişi, yer, zaman oryantasyonunun olması

Örneklemden Dışlanma Ölçütleri;

- Son altı ay içerisinde By-pass geçirmiş olma
- Böbrek yetmezliği (diyaliz tedavisini gerektirecek düzeyde), kanser (kemoterapi, radyoterapi görme), kronik obstruktif akciğer hastalığı (ventilasyon desteği gereksinim olacak düzeyde) ve serebrovasküler olay gibi major hastalığının olması,
- Görme ve işitme sorununun olması

Örnekleme alınma ve örneklemden dışlanma ölçütleri göz önüne alınarak örnekleme alınan bireylerin girişim ve karşılaştırma grubu randomizasyonunun oluşturulmasında rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit randomizasyon yöntemi uygulanmıştır (Akgül 2005). DEÜ Kardiyoloji polikliniğinde kalp yetersizliği olan bireylerin verilerinin elde edilebileceği bir kayıt sistemine ulaşılamamıştır. Bu nedenle girişim ve karşılaştırma grubu sırasının listesi önceden hazırlanmış, kalp yetersizliği polikliniğine başvuran bireyler polikliniğe başvuru sırası dikkate alınarak örneklem ölçütlerine uygunluk durumuna göre

değerlendirilerek örnekleme uyan birey, girişim ya da karşılaştırma grubuna yerleştirilmiştir. Girişim grubuna araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanırken karşılaştırma grubu rutin bakım almıştır. Araştırma örnekleminin girişim ve karşılaştırma grubuna göre dağılımı Şekil 3’te verilmiştir.



Şekil 3. Araştırma Örnekleminin Girişim ve Karşılaştırma Grubuna Göre Dağılımı

Girişim ve karşılaştırma grubunun bireysel, hastalığa ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Bireysel, Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	Girişim n=45	Karşılaştırma n=45	Varyansların homojenliği	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Yaş	60.75 $\pm$ 11.87	65.86 $\pm$ 11.09	-2.110	.038
KY tanı süresi	44.93 $\pm$ 45.06	44.11 $\pm$ 39.45	.092	.927
NYHA evresi	2.11 $\pm$.61	2.28 $\pm$.72	-1.256	.213
EF (%)	30.22 $\pm$ 7.68	30.26 $\pm$ 7.68	-.027	.978
	Girişim n (%)	Karşılaştırma n (%)	χ^2	p
Cinsiyet				
Kadın	7 (16)	14 (31)	3.043	.081
Erkek	38 (84)	31 (69)		
Eğitim durumu				
İlköğretim	23 (51)	33 (73)	4.811	.090
Ortaöğretim	14 (31)	7 (16)		
Yükseköğretim	8 (18)	5 (11)		
Medeni durum				
Evli	41 (91)	42 (93)	.155	.694
Bekar	4 (9)	3 (7)		
Birlikte yaşanan kişi				
Yalnız	3 (7)	3 (7)	.000	1.000
Eşi ile	41 (91)	41 (91)		
Diğer	1 (2)	1 (2)		
Gelir durumu				
Gelir fazla	5 (11)	5 (11)	2.581	.275
Eşit	34 (76)	28 (62)		
Gelir az	6 (13)	12 (17)		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	10 (22)	4 (9)	2.115	.146
Çalışmıyor	35 (78)	41 (91)		
Ek kronik hastalık varlığı				
Var	32 (71.1)	36 (80)	.963	.327
Yok	13 (28.9)	9 (20)		
Hastaneye yatma durumu				
Var	25 (55.6)	28 (62.2)	.413	.520
Yok	20 (44.4)	17 (37.8)		

Girişim ve karşılaştırma grubundaki bireylerin girişim öncesi (0. ay) yaş değişkeni dışındaki değişkenler açısından homojen olduğu saptanmıştır (p değerleri > .05) (Tablo 9).

Yapılan analizler sonucunda girişim ve karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım indeksi alt boyutları, sol ventrikül disfonksiyon ölçeği puan ortalamaları açısından benzer oldukları belirlenmiştir ($p > .05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Öz Bakım İndeksi, Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Girişim n=45	Karşılaştırma n=45	Varyansların homojenliği	
Öz Bakım İndeksi Alt Boyutları	x±SS	x±SS	t	P
Öz bakımı sürdürme	40.73±10.65	40.51±11.91	.093	.926
Öz bakım yönetimi	24.55±16.88	27.22±16.63	-.755	.452
Öz bakım sağlamada kendine güven	34.71±21.92	43.61±14.89	-2.251	.027
Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği	55.67±20.60	60.86±21.32	-1.173	.244

7.4. Çalışma Materyali:

Çalışmada girişim grubundaki bireylere kalp yetersizliği öz bakım teorisine göre temellendirilmiş eğitim kitapçığı (EK 6) ve günlük izlemlerini yaparak kayıt edebilmeleri için günlük izlem çizelgesinin ve günlük yaşamlarında dikkat etmeleri gereken ve poliklinik kontrolü ya da acil servis başvurusunu gerektiren durumları özetleyen bilgilerin olduğu yönerge magnet şeklinde düzenlenerek verilmiştir (EK 7). Ayrıca bireylere izlemlerini yaptıklarında kayıtlarını tutabilmeleri için magnetli kalemler sağlanmıştır.

“Kalp Yetersizliği İle Yaşam” Eğitim Kitapçığı (EK 6)

Girişim grubundaki bireylerin eğitiminde kullanılan “Kalp Yetersizliği İle Yaşam” isimli kitapçık, Riegel ve Dickson (2008) tarafından geliştirilen Kalp yetersizliği öz bakım teorisine temellendirilmiştir. Kitapçığın hazırlanmasında araştırmanın birinci aşaması olan kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım yönetimlerinin incelendiği kalitatif çalışma sonuçlarından, kalp yetersizliği olan bireylerin bakım kalitesini yükseltmek için yayınlanan kanıt temelli kılavuzlardan ve literatürden yararlanılmıştır (Dickstein, Cohen-Solal,

Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark. 2009; Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark. 2010; Riegel ve Dickson 2008; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009) (EK 6)

“Kalp Yetersizliği İle Yaşam” isimli kitapçığın içeriğinde kalp yetersizliğinin tanımı, kalp yetersizliğine neden olan durumlar, kalp yetersizliği olan bireylerin semptom yaşamaması için dikkat etmesi gereken durumlar, kalp yetersizliği olan bireylerin yaşadıkları semptomlar ve oluşma nedenleri, semptom yaşandığında semptomlara göre uygulanabilecek eylem planları, kalp yetersizliği tedavisinde kullanılan ilaçların grupları, ilaçların etkileri, yan etkileri ve ilaç kullanımından önce ve sonra dikkat edilmesi gereken durumlar, ilaç saatlerinin bireylere göre düzenlenmesi için ilaç saatlerinin belirleneceği alanlar yer almaktadır.

Magnet Şeklinde Düzenlenen Eğitim Materyali (EK 7)

Magnet şeklinde düzenlenen eğitim materyalinin hazırlanmasında kalp yetersizliği olan bireylerin bakım kalitesini yükseltmek için yayınlanan kanıt temelli kılavuzlardan ve literatürden yararlanılmıştır (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray ve ark. 2008; Jessup, Abraham, Casey, Feldman ve ark. 2009; Lindenfelt, Albert, Boehmer, Collins ve ark. 2010; Riegel, Moser, Anker, Appel ve ark., 2009; White, Howie-Esquivel ve Caldwell 2010) (EK 7)

Magnet şeklinde düzenlenen eğitim materyalinin içeriğinde günlük yaşamda dikkat edilmesi gereken durumların özeti, acil servise başvuru ya da poliklinik kontrolü gerektiren semptomlar ve evde düzenli olarak izlenmesi gereken kilo, ödem, kan basıncı, nabız, ekstra ilaç alma durumu (diüretik), yapılan egzersiz ve yaşanan semptomun kayıt edilebilmesi için düzenlenen günlük yer almaktadır.

Hastalardan magnet şeklinde düzenlenmiş eğitim içeriğini her zaman görebilecekleri bir yere yerleştirmeleri ve günlük kayıtlarını düzenli tutmaları istenmiş ve magnetli kalem verilerek izlemlerini kayıt etmeleri kolaylaştırılmaya çalışılmıştır.

Telefon izlemi

Girişim grubunda yer alan bireyler başlangıç verilerinin alınmasından sonra altı aylık dönemde 15 gün aralıklarla araştırmacı tarafından telefonla aranarak izlenmiştir. Telefon izleminde görüşülecek konular literatürden yararlanarak yapılandırılmıştır. Girişim grubundaki kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan telefon izleminin içeriğinde düzenli olarak yapılması gereken izlemlerin uygulanma durumu, günlük izlemleri yapmada sorun yaşanıp yaşanmadığı, sorun yaşıyorsa nedeninin sorgulanması, ilaç kullanımında sorun olup olmadığı, ilaçların yan etkilerinin yaşanıp yaşanmadığı, kalp yetersizliğine ilişkin semptom yaşama durumu, semptom yaşanması durumunda yapılan girişimler ve bu

girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, 15 günlük süre içinde hastaneye yatma veya acil servise başvuru yapılıp yapılmadığının sorgulanması, bireylerin sorularının yanıtlanması ve bireyin durumuna göre önerilerde bulunulması ya da gerekiyorsa polikliniğe çağırılması yer almaktadır (EK 8).

Girişim grubundaki bireyler danışmanlığa gereksinim duyduklarında araştırmacıya telefonla ulaşmaları sağlanmış ve danışmanlık hizmeti verilmiştir.

7.5.Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımı sürdürme, öz bakım yönetimi, öz bakım sağlamada kendine güven, yaşam kalitesi ve hastaneye tekrar yatma durumudur.

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Kalp yetersizliği bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programıdır.

7.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak, kalp yetersizliği olan bireyi tanılama formu, kalp yetersizliği öz bakım indeksi ve yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

7.6.1. Kalp Yetersizliği Olan Bireyi Tanılama Formu (EK 9)

Kalp yetersizliği olan bireyi tanılama formu, araştırma kapsamına alınacak bireylerin bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatürden yararlanarak, araştırmacı tarafından iki bölüm şeklinde hazırlanmıştır. Bireysel özellikler bölümü, araştırma örneklemine alınacak hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, gelir durumu, çalışma durumunu içeren yedi sorudan oluşmaktadır. Hastalığa ilişkin özellikler bölümü, kalp yetersizliği tanısının konulma tarihi, hastaneye yatma durumu, kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı, ejeksiyon fraksiyon yüzdesi ve diğer kronik hastalıklarını içeren beş sorudan oluşmaktadır.

7.6.2. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi (EK 10)

Araştırmada kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımını değerlendirmek için Riegel, Carlson ve Glaser (2000) tarafından yılında geliştirilen ve 2004, 2009 yıllarında revize edilen “Kalp Yetersizliği Öz-Bakım İndeksi” kullanılmıştır. Ölçek 2000 yılında “Kalp Yetersizliği Öz Yönetim Ölçeği” olarak geliştirilmiş ve değişiklikleri tanıma, değişiklikleri değerlendirme, tedaviyi uygulama, tedaviyi değerlendirme, değerlendirme kolaylığı ve öz

etkililik olmak üzere toplam altı alt boyuttan oluşmakta ve 65 soru içermektedir (Riegel, Carlson ve Glaser 2000). Ölçek, 2004 yılında “Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi”ne dönüştürülmüştür. Kalp yetersizliği öz bakım indeksi, öz bakımı sürdürme, öz bakım yönetimi ve öz bakım sağlamada kendine güven olmak üzere üç alt boyutta toplanmıştır. Her bir alt boyutta sırasıyla beş, altı ve dört soru olmak üzere toplam 15 soru yer almaktadır (Riegel, Carlson, Moser, Sebern ve ark., 2004). Kalp Yetersizliği Öz bakım İndeksi 2009 yılında Riegel, Lee, Dickson ve Carlson (2009) tarafından tekrar revize edilmiştir. Revize edilen indekste toplam soru sayısı 22'dir. İndekste öz bakımı sürdürme alt boyutunda on soru, öz bakım yönetimi alt boyutunda altı soru, öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutunda altı soru bulunmaktadır (Riegel, Lee, Dickson ve Carlson 2009). 2009 yılında revize edilen 22 maddelik indeksin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması 2013 yılında Mert, Demir Barutcu ve Sezgin (2013) tarafından yapılmıştır. İndeksin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları Tablo 11’ de verilmiştir. Bu çalışmada Mert, Demir Barutcu ve Sezgin (2013) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılan kalp yetersizliği öz bakım indeksi kullanılmıştır.

Kalp yetersizliği öz bakım indeksinin üç alt boyutu olan öz bakımı sürdürme, öz bakım yönetimi ve öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutlarının her biri ayrı hesaplanmaktadır. Öz-bakımı sürdürme alt boyutundan alınacak en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Öz-bakımı sürdürme alt boyutu puanlaması için sekizinci indeks maddesi ters puanlanmaktadır. Öz bakımı sürdürme alt boyutu puanı hesaplanması aşağıdaki gibidir.

Öz bakımı sürdürme alt boyutu puanı hesaplaması:

$$(((\text{Madde } 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)-10)*3.333)$$

Öz bakım yönetimi alt boyutundan alınacak en düşük puan 6, en yüksek puan 24’tür. Öz bakım yönetimi alt boyutu puanı hesaplanması aşağıdaki gibidir.

Öz bakım yönetimi alt boyutu puanı hesaplaması:

$$(((\text{Madde } 11+12+13+14+15+16)-4)*5)$$

Öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutundan alınacak en düşük puan 6, en yüksek puan 24’tür. Öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutu puanı hesaplanması aşağıdaki gibidir.

Öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutu puanı hesaplaması:

$$(((\text{Madde } 17+18+19+20+21+22)-6)*5.56)$$

Tablo 11. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi'nin İç Tutarlık Katsayıları

Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi	Riegel, Lee, Dickson ve Carlson. (2009) n=154	Mert, Demir Barutcu ve Sezgin (2013) n=170	Sezgin (2015) n= 90
Alt Boyutları			
Öz bakımı Sürdürme	0.55	0.79	0.80
Öz Bakım Yönetimi	0.59	0.63	0.77
Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven	0.82	0.85	0.75

7.6.3. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği (EK 11)

Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği kalp yetersizliği olan hastalarda sol ventrikül disfonksiyonunun günlük yaşam ve iyilik hali üzerine etkisini ölçmek amacıyla C J O'Leary ve P W Jones tarafından (2000) geliştirilmiştir. LVD-36 ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Özer ve Argon (2005) tarafından kalp yetersizliği tanısı alan 102 hasta üzerinde yapılmış ve test-retest korelasyonu değerlendirilmiş ve iki uygulama arasında yüksek korelasyon değerleri bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik katsayıları Tablo 12'de verilmiştir.

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, bulunan 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.

Tablo 12. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği'nin İç Tutarlılık Katsayıları

Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği	O'Leary ve Jones (2000) n=60	Özer ve Argon (2005) n=102	Sezgin (2015) n=90
İç Tutarlılık Katsayıları	0.95	0.87	0.94

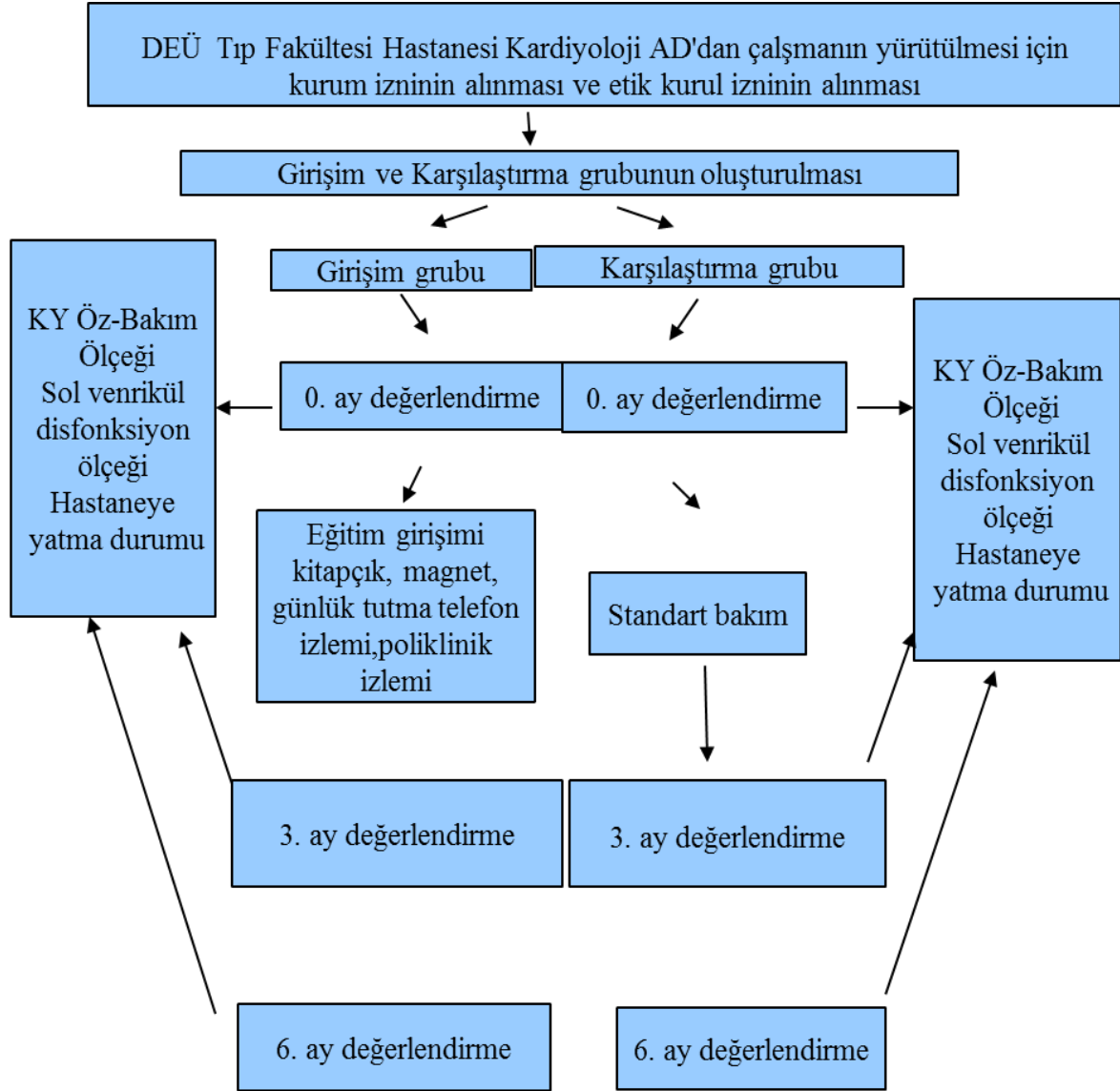
Hastaneye Tekrar Yatma Durumu

Kalp yetersizliği olan bireylerin taburculuktan sonraki üç ve altı ay içinde kalp yetersizliği alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatışları hastaneye tekrar yatma durumu olarak değerlendirilmiştir. Kalp yetersizliği olan bireylerin izlem boyunca hastaneye yatma durumuna dair veriler girişim grubundaki bireylere telefon izlemlerinde ve poliklinik

kontrollerinde sorularak ve hastane kayıtlardan yararlanılarak; karşılaştırma grubundaki bireylere üçüncü ve altıncı ay verileri için polikliniğe geldiklerinde sorularak ve hastane kayıtlardan yararlanılarak belirlenmiştir.

7.7. Araştırmanın Planı

Araştırma planı Şekil 4'te verilmiştir.



Şekil 4 Araştırma Planı

7.8. Verilerin Toplanması

Veriler, örneklem kriterlerine uyan girişim ve karşılaştırma grubundaki bireylerden ilk görüşmede başlangıç, üçüncü ve altıncı ayda kalp yetersizliği olan bireyi tanılama formu, kalp

yetersizliği öz-bakım indeksi ve yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Örneklem alınma ölçütü olan NYHA evrelemesi kardiyolog ve hemşire araştırmacı tarafından birlikte yapılmış ve değerlendirilmiştir. Girişim grubundaki bireylere planlanan hemşirelik bakım ve izlem programı uygulanmıştır. Kalp yetersizliği polikliniğinde, ilk karşılaşmada girişim grubundaki bireylerin ayrıntılı sistem tanılamaları yapılarak saptanan sorunlara yönelik bireysel eğitim ve “Kalp Yetersizliği İle Yaşam” kitapçığı verilmiştir. Bireysel eğitim ve kitapçık verilmesi ile kalp yetersizliği olan bireylerin bilgi düzeyi ve farkındalıkları artırılmaya çalışılarak semptomları izlemenin ve tedaviye uyumun önemi vurgulanmaya çalışılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanmış magnet şeklindeki yönerge ve günlük izlem çizelgesi ile bireylerin semptomlarını tanımları ve değerlendirebilmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. 15 günlük aralıklarla altı ay boyunca telefon izlemi yapılarak bireylerin evdeki durumları değerlendirilmiştir. Bireyler gereksinim duyduklarında araştırmacıya telefonla ya da poliklinikte ulaşarak danışmanlık almışlardır. Gereksinim durumlarına göre polikliniğe çağrılarak poliklinik izlemi yapılmıştır. Poliklinik izleminde araştırmacı tarafından bireylerin fizik muayeneleri yapılmış, yaşadıkları sorunlar değerlendirilmiş, eğitimlerindeki eksiklikler tamamlanmış, soruları yanıtlanmış ve sorunlarının çözümü için destek sağlanmaya çalışılmıştır. Poliklinik kontrol randevuları düzenlenmiştir.

Karşılaştırma grubundaki bireyler rutin bakım almışlardır. Rutin bakımda bireylerin hekim muayenesi yapılmış, ilaçları düzenlenmiş, soruları yanıtlanarak poliklinik kontrol randevuları verilmiştir. Bireylerin araştırmacıya sordukları sorular yanıtlanmıştır. İzlemler sırasında girişim ve karşılaştırma grubundaki bireylere hastaneye yatışlarının olup olmadığı sorularak hastaneye tekrar yatma durumları belirlenmiştir.

Tablo 13. Girişim ve Karşılaştırma Grubu Protokolü

GİRİŞİM GRUBU	KARŞILAŞTIRMA GRUBU
0.ay izlem (Başlangıç)	0.ay izlem (Başlangıç)
Bireylerle tanışma	Bireylerle tanışma
Örneklem ölçütlerine uygunluk açısından değerlendirme	Örneklem ölçütlerine uygunluk açısından değerlendirme
Çalışmanın amacının bireylere anlatılması	Çalışmanın amacının bireylere anlatılması
Onam alınması	Onam alınması
Başlangıç verilerinin toplanması	Başlangıç verilerinin toplanması
Kalp yetersizliği ile yaşam süreci hakkında bireyden bilgi edinme	
Sorunların saptanması	
Ayrıntılı fizik muayene yapılması	

Fizik muayene ve bireyden elde edilen veriler ışığında bireysel eğitim verilmesi Bireyin yakını yanındaysa eğitim sürecine dâhil edilmesi, hasta yakını yanında yoksa bir sonraki izlem için çağırılması Araştırmacılar tarafından Kalp yetersizliği öz bakım teorisine temellendirilerek oluşturulmuş eğitim kitapçığı, günlük ve magnetin hastaya tanıtılması Bireye günlük izlemleri nasıl yapacağının öğretilmesi (ödem izlemi, nabız sayma, kilo izlemi) Hekim muayenesinden sonra ilaç tedavisinin bireyin günlük yaşam düzenine uygun olarak düzenlenmesi ve ilaç saatlerinin eğitim kitapçığında belirtilmesi. Varsa sorularının yanıtlanması 15 gün aralıklarla telefon izlemi yapılacağının belirtilmesi. Bir sonraki poliklinik kontrol randevusunun planlanması. Kontrole gelirken izlem yaptığı günlüğü yanında getirmesinin söylenmesi Bir sorun yaşaması, sormak istediklerinin olması durumunda araştırmacıyı telefonla arayabileceğinin belirtilmesi Telefon izleminde sorunla karşılaşıldığında ya da gereksinim durumuna göre poliklinik kontrolünün yapılabileceğinin bildirilmesi.	Bir sonraki poliklinik randevusunun düzenlenmesi
15.-30.-45.-60.-75.ve 90. günlerde telefon izleminin yapılması Telefon izleminde: Yapılması gereken izlemlerin yapılıp yapılmadığı İzlemleri yapmada sorun yaşıyorsa bu durumun nedeninin sorgulanması İlaç kullanımı/yan etki yaşama durumu Semptom yaşama durumu Semptom yaşıyorsa bu durumda neler yaptığı, yaptıklarının yararlı olup olmadığı Hastaneye yatma veya acil servise başvuru yapıp yapmadığının sorgulanması Sormak istediği bir şey varsa yanıtlanması Hastanın durumuna göre önerilerde bulunulması/ poliklinik izlemine çağırılması	
3. ay izlem	3. ay izlem
Poliklinik kontrolü yapılması Fizik muayene yapılması	Soruları varsa yanıtlanması 3. ay verilerinin toplanması

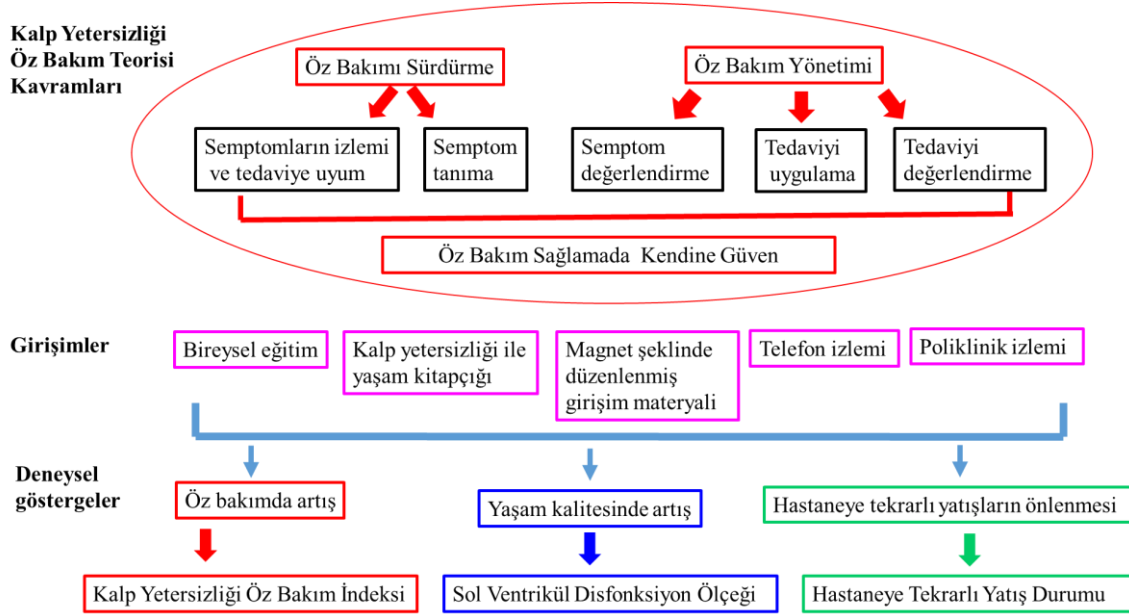
Yanında getirdiği günlük izlemindeki veriler değerlendirilerek hastanın evdeki yaşantısının değerlendirilmesi Semptom yaşama durumunun değerlendirilmesi Gereksinim doğrultusunda eğitimin tekrarlanması Bireye önerilerde bulunulması İlaç tedavisinin gözden geçirilmesi, değişikliklere göre yeniden düzenlenmesi Sorularının yanıtlanması 3. ay verilerinin toplanması Bir sonraki poliklinik randevusunun düzenlenmesi	Bir sonraki poliklinik randevusunun düzenlenmesi
15 günlük telefon izlemlerinin yapılması (süreç yukarıda 15 günlük telefon izleminde belirtildiği gibidir)	
6.ay izlem	6.ay izlem
Poliklinik kontrolü yapılması Fizik muayene yapılması Yanında getirdiği günlük izlemindeki veriler değerlendirilerek hastanın evdeki yaşantısının değerlendirilmesi Semptom yaşama durumunun değerlendirilmesi Gereksinim doğrultusunda eğitimin tekrarlanması Bireye önerilerde bulunulması İlaç tedavisinin gözden geçirilmesi, değişikliklere göre yeniden düzenlenmesi Sorularının yanıtlanması 6. ay verilerinin toplanması Bir sonraki poliklinik randevusunun düzenlenmesi	Soruları varsa temel düzeyde yanıtlanması 6. ay verilerinin toplanması Bir sonraki poliklinik randevusunun düzenlenmesi

7.9. Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisinin Araştırmada Kullanımı

Kalp yetersizliği öz bakım teorisi kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını sağlamada güçlük yaşamaları, sık hastaneye yatışları önleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Teorinin kavramları incelendiğinde öz bakımın geliştirilebilmesi için kalp yetersizliği olan bireylerin semptomlarını izleyebilmeleri, tedaviye uyum sağlayabilmeleri, semptomlarını tanıyarak, yaşadıkları semptomun ciddiyetini değerlendirebilmeleri ve semptomu ortadan kaldırmak/önleyebilmek için uygun girişimi uygulayabilmeleri ve uyguladıkları girişimin etkili olup olmadığını değerlendirebilmeleri gerekmektedir.

Kalp yetersizliği olan bireylerin bu aşamaları başarı ile uygulayabilmeleri için kapsamlı bir eğitim ve izlem süreci içinde olmaları gerektiği düşünülmesi nedeniyle çalışmamızın hemşirelik bakım ve izlem programı teorinin aşamalarını kapsayacak şekilde

düzenlenmiştir. Kalp yetersizliği öz bakım teorisinin araştırmada kullanımı Şekil 5'te yer almaktadır.



Şekil 5. Kalp Yetersizliği Öz Bakım Teorisinin Araştırmada Kullanımı

7.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Stastitcal Package for Social Science (SPSS 15.0) programında analiz edilmiştir. İki grubun yaş, tanı süresi, ejeksiyon fraksiyon yüzdesi, öz-bakım ve yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından benzer olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birlikte yaşanan kişi, gelir durumu, çalışma durumu, ek kronik hastalık varlığı, kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı ve daha önce hastaneye yatma durumu açısından benzer olup olmadığı ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada girişim ve karşılaştırma grubunun yaş değişkeni açısından benzerlik göstermemesi nedeniyle verilerin değerlendirilmesinde kovaryans analizi yapılmıştır.

Girişim ve karşılaştırma grubunun öz-bakım, yaşam kalitesi puan ortalamaları tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Girişim ve karşılaştırma grubunda puan ortalamaları arasındaki farkın ileri analizinde grupları birbirleriyle karşılaştırmak amacıyla bağımsız gruplarda t testi, grupları kendi içlerinde karşılaştırmak amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Girişim ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastaneye yatma durumları ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma sürecinde girişim grubunda bir hastanın ölümü, bir hastaya

ulaşılamaması ve bir hastada nörolojik sorunların gelişmesi nedeniyle, karşılaştırma grubunda bir hastanın ölümü nedeniyle kayıplar yaşanmıştır. Girişim grubu 42, karşılaştırma grubu 44 kişi olarak izlenmiştir. Kayıp verilerin olması nedeniyle intetion to treat (ITT) analizi yapılmıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar yaşanması durumunda kayıp veri analizi olarak ITT analizi yapılması gerekmektedir. ITT analizi girişim ve karşılaştırma grubunda yer alan bireylerin randomize olarak atandıkları gruplarda karşılaştırılmasını sağlamaktadır (Gupta 2011; Günüşen ve Üstün 2009; Little ve Kang 2015; Polit ve Beck 2008).

7.11. Araştırmanın Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü

Bu araştırmada testin gücü ve etki büyüklüğü öz bakım indeksi, yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarına göre alfa güvenirlik düzeyi %95, n:90 ve tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi baz alınarak hesaplanmıştır.

Tablo 14. Öz Bakım İndeksi Alt Boyutları ve Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Araştırmanın Gücü ve Etki Büyüklüğü

	ÖZ BAKIM İNDEKSİ						SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYON ÖLÇEĞİ	
	Öz bakımı sürdürme alt boyutu		Öz bakımı yönetme alt boyutu		Öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutu			
	Güç	Etki büyüklüğü	Güç	Etki büyüklüğü	Güç	Etki büyüklüğü	Güç	Etki büyüklüğü
Grup	%100	.34	%100	.30	% 91	.11	% 91	.12
Zaman	%81	.05	%50	.03	%71	.04	% 20	.09
Grup/ zaman	%100	.44	%100	.43	%100	.38	%100	.32

Güç, belirli bir örneklem büyüklüğü ile çalışıldığında belirli bir etkinin yaratacağı gerçek değişimin istatistiksel olarak anlamlı bulunma durumudur. Genel olarak çalışmalarda % 80 güç yeterli kabul edilmektedir (Akgül 2005). Yapılan güç hesaplamasına göre araştırmanın gücü yeterlidir (Tablo 14).

Etki büyüklüğü gruplar arasındaki ilişki ya da farkın gücünü göstermektedir. İki den fazla ortalamaların karşılaştırıldığı analizlerde 0.1 küçük, 0.3 orta ve 0.5 büyük etki büyüklüğü olarak değerlendirilmektedir (Akgül 2005). Yapılan güç hesaplamasına göre araştırmanın etki büyüklüğü orta olarak değerlendirilebilir (Tablo 14).

7.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada kalp yetersizliği fonksiyonel sınıflaması II ve III olan bireyler örnekleme oluşturmuştur. Araştırma, örneklem özelliklerini içeren kalp yetersizliği olan bireyleri temsil etmektedir. Sonuçların değerlendirilmesinde bu sınırlılığın göz önünde bulundurulması önemlidir.

7.13. Etik Kurul Onayı

Araştırma öncesinde araştırmanın yapılacağı kurum olan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden tez uygulamalarının yapılabilmesi için kurum izni alınmıştır (EK 3). Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından 28.07.2010 tarih ve 2010/08-13 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (EK 4). Çalışmanın amacı bireylere açıklanarak, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden ayrıca yazılı izin de (bilgilendirilmiş onam) alınmıştır (EK 12).

Çalışma tamamlandıktan sonra karşılaştırma grubundaki bireylere eğitim kitapçığı ve magnet şeklindeki yönerge ve günlük izlem çizelgesi verilmiştir.

7.14. Tezin Bütçesi

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2012KBSAG93 sayı ile desteklenmiştir.

8. BULGULAR

Bu bölümde girişim ve karşılaştırma grubunun öz bakım indeksi, sol ventrikül disfonksiyon ölçeği ve hastaneye yatma durumunun başlangıç, üçüncü ve altıncı ay verilerinin analizleri yer almaktadır.

8.1. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Öz Bakım Durumlarının İncelenmesi

Girişim ve karşılaştırma grubunun kalp yetersizliği öz bakım indeksi, öz bakımı sürdürme, öz bakım yönetimi ve öz bakım sağlamada kendine güven alt boyut puan ortalamalarının grup, zaman ve grup zamana göre analiz sonuçları Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15 Girişim (n:45) ve Karşılaştırma (n:45) Grubunun Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (ITT Analizi)

Zaman Grup	0.ay	3.ay	6.ay	F	p
Öz bakım Sürdürme	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Girişim	40.73±10.65	68.43±19.14	71.54±19.50		
Karşılaştırma	40.51±11.91	40.73±12.74	40.21±14.43		
			Grup	45.544	.000
			Zaman	5.033	.007
			Grup/zaman	68.024	.000
Öz bakım yönetimi	0.ay X ± SS	3.ay X ± SS	6.ay X ± SS	F	p
Girişim	24.55 ±16.88	56.66±16.58	63.33±21.37		
Karşılaştırma	27.22±16.63	27.77±17.50	29.00±17.98		
			Grup	35.912	.000
			Zaman	2.521	.083
			Grup/zaman	65.381	.000
Öz bakım sağlamada kendine güven	0.ay X ± SS	3.ay X ± SS	6.ay X ± SS	F	p
Girişim	34.71±21.92	64.49±22.31	69.68±22.54		
Karşılaştırma	43.61±14.89	53.56±21.78	42.99±16.90		
			Grup	11.275	.001
			Zaman	4.017	.020
			Grup/zaman	54.571	.000

Yapılan analiz sonucunda öz bakımı sürdürme alt boyutunda grup ($F= 45.544$, $p= .000$), zaman ($F= 5.033$, $p= .007$), grup*zaman ($F= 68.024$, $p= .000$) etkileşimi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur (Tablo 15). Öz bakım sürdürme alt boyutunda gruplar arasındaki farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve karşılaştırma grubunun 0. ay puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($t=.093$, $p=.926$), 3. ay ($t=8.080$, $p=.000$) ve 6. ay ($t=8.662$, $p=.000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 16). Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunun izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($F=88.401$, $p=.000$) olduğu saptanırken, karşılaştırma grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=.109$, $p=.897$) (Tablo 16). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünmüştür (Akgül 2005). Elde edilen yeni anlamlılık düzeyi $0.05/3:0.016$ olarak belirlenmiştir. Yapılan analizde 0-3. ay ($t:9.686$ $p= .000$), 3-6.ay ($t:2.782$ $p= .008$), 0-6.ay ($t:9.695$ $p=.000$) arasında girişim grubunda anlamlı fark saptanmıştır.

Öz bakım yönetimi alt boyutunda grup ($F= 35.912$, $p= .000$); grup*zaman ($F= 65.381$, $p= .000$); etkileşimi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuş, zaman etkileşimi açısından anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($F= 2.521$, $p= .083$) (Tablo 15). Öz bakım yönetimi alt boyutunda gruplar arasındaki farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve karşılaştırma grubunun 0. ay puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken ($t=.755$, $p=.452$), 3. ay ($t=8.038$, $p=.000$) ve 6. ay ($t=8.245$, $p=.000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 16). Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunun izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($F=84.929$, $p=.000$) olduğu saptanırken, karşılaştırma grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=1.166$, $p=.316$) (Tablo 16). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünmüştür (Akgül 2005). Elde edilen yeni anlamlılık düzeyi $0.05/3:0.016$ olarak belirlenmiştir. Yapılan analizde

0-3. ay (t: 9.728 p: .000), 3-6.ay (t: 3472p: .001), 0-6.ay (t: 9.760 p: .000) arasında girişim grubunda anlamlı fark saptanmıştır.

Analiz sonucunda öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutunda grup (F= 11.275, p= .001); zaman (F= 4.017, p= .020) grup*zaman (F= 54.571, p= .000); etkileşimi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur (Tablo 15). Öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutunda gruplar arasındaki farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve karşılaştırma grubunun 0. ay, (t=.2.251, p=.027), 3. ay (t=5.483, p=.000) ve 6. ay (t=6.354, p=.000) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 16). Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunun izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (F=65.330, p=.000) olduğu saptanırken, karşılaştırma grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır (F=.333, p=.718) (Tablo 16). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde üç karşılaştırma yer aldığından p değeri üçe bölünmüştür (Akgül 2005). Elde edilen yeni anlamlılık düzeyi 0.05/3:0.016 olarak belirlenmiştir. Yapılan analizde 0-3. Ay (t: 8.097 p= .000), 3-6.ay (t: 3.748 p= .001), 0-6.ay (t: 8.417 p=.000) arasında girişim grubunda anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 16. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri

Zaman Grup	0.ay	3.ay	6.ay	F	p
Öz bakımı sürdürme	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Girişim	40,73±10.65	68,43±19.14	71,54±19.50	88.401	.000
Karşılaştırma	40,51±11.91	40,73±12.74	40,21±14.43	.109	.897
t	.093	8.080	8.662		
p	.926	.000	.000		
Öz bakım yönetimi	0.ay	3.ay	6.ay	F	p
Girişim	24.55 ±16.88	56.66±16.58	63.33±21.37	84.929	.000
Karşılaştırma	27.22±16.63	27.77±17.50	29.00±17.98	1.166	.316
t	.755	8.038	8.245		
p	.452	.000	.000		

Öz bakım sağlamada kendine güven	0.ay	3.ay	6.ay	F	p
Girişim	34.71±21.92	64.49±22.31	69.68±22.54	65.330	.000
Karşılaştırma	43.61±14.89	53.56±21.78	42.99±16.90	.333	.718
t	2.251	5.483	6.354		
p	.027	.000	.000		

8.2.Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Girişim ve karşılaştırma grubunun sol ventrikül disfonksiyon ölçeği puan ortalamalarının grup, zaman ve grup zamana göre analiz sonuçları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (ITT Analizi)

Grup \ Zaman	0.ay	3.ay	6.ay	F	p
Girişim	55.67±20.60	40.92±22.50	38.33±23.65		
Karşılaştırma	60.86±21.32	61.66±18.82	61.11±18.08		
			Grup	11.377	.001
			Zaman	.825	.440
			Grup/zaman	40.541	.000

Analiz sonucunda sol ventrikül ölçeği puanında grup ($F= 11.377$, $p= .001$); grup*zaman ($F= 40.541$, $p= .000$); etkileşimi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuş, zaman etkileşimi açısından anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($F= .825$, $p= .440$) (Tablo 17).

Sol Ventrikül Disfonksiyon ölçeği puanında gruplar arasındaki farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve karşılaştırma grubunun 0. ay puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($t=1.173$, $p=.244$), 3. ay ($t=4.742$, $p=.000$) ve 6. ay ($t=5.131$, $p=.000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 18). Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunun izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($F=47.647$, $p=.000$) olduğu saptanırken, karşılaştırma grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=.362$, $p=.697$) (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 bölünmüştür (Akgül

2005). Elde edilen yeni anlamlılık düzeyi 0.05/3:0.016 olarak belirlenmiştir. Yapılan analizde 0-3. Ay (t: 7.101 p: .000), 0-6.ay (t: 7.327 p:.000) arasında girişim grubunda anlamlı fark saptanırken, 3-6.ay (t: 2.470p: .017) arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizi

Grup \ Zaman	0.ay	3.ay	6.ay	F	p
Girişim	55.67±20.60	40.92±22.50	38.33±23.65	47.647	.000
Karşılaştırma	60.86±21.32	61.66±18.82	61.11±18.08	.362	.697
t	1.173	4.742	5.131		
p	.244	.000	.000		

8.3. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastaneye Yatma Durumlarının İncelenmesi

Girişim ve karşılaştırma grubunun hastaneye yatma durumlarının belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçları Tablo 19 ve Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 19. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Hastaneye Yatma Durumlarının Karşılaştırılması (0-3 ay)

	Girişim n (%)	Karşılaştırma n (%)	x ²	p
Hastaneye tekrarlı yatış				
Var	2 (4.4)	13 (28.9)	9.680	.002
Yok	43 (95.6)	32 (71.1)		

Girişim ve karşılaştırma grubunun hastaneye yatma durumu (0-3 ay) değerlendirildiğinde kalp yetersizliği semptom alevlenmesi nedeniyle girişim grubunda iki, karşılaştırma grubunda 13 bireyin hastaneye yattığı belirlenmiş, yapılan analizde girişim ve karşılaştırma grubunun hastaneye yatma durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (x²: 9.680, p= .002).

Tablo 20. Girişim ve Karşılaştırma Grubunun Hastaneye Yatma Durumlarının Karşılaştırılması (3-6 ay)

	Girişim n (%)	Karşılaştırma n (%)	χ^2	p
Hastaneye tekrarlı yatış				
Var	7 (15.6)	15 (33.3)	3.850	.050
Yok	38 (84.4)	30 (66.7)		

Girişim ve karşılaştırma grubunun (3-6 ay) hastaneye yatma durumu değerlendirildiğinde kalp yetersizliği semptom alevlenmesi nedeniyle girişim grubunda yedi, karşılaştırma grubunda 15 bireyin hastaneye yattığı belirlenmiş, yapılan analizde girişim ve karşılaştırma grubunun hastaneye yatma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 : 3.850, $p = .050$).

9. TARTIŞMA

Araştırmada kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programı sonucunda girişim grubunun karşılaştırma grubuna göre öz bakım ve yaşam kalitelerinin geliştiği, hastaneye tekrarlı yatışlarda azalma sağlandığı bulunmuştur (Tablo 15-16-17-18-19-20). Kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının bireylerin öz bakım, yaşam kalitesi ve hastaneye tekrar yatma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada tartışma bölümü üç bölümde incelenecektir.

- Kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının bireylerin öz bakımlarına etkisi
- Kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının bireylerin yaşam kalitelerine etkisi
- Kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının bireylerin hastaneye yatma durumuna etkisi

9.1. Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Bireylerin Öz Bakımlarına Etkisi

Kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının bireylerin öz bakımlarına etkisi başlığı öz bakım gücü ölçeği alt boyutları olan öz bakımı sürdürme, öz bakım yönetimi ve öz bakım sağlamada kendine güven alt başlıkları altında incelenmiştir.

Öz Bakımı Sürdürme

Girişim ve karşılaştırma grubunun öz bakımı sürdürme puanları karşılaştırıldığında hem gruplar arasında hem de girişim grubunda zamana göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 15-16). Elde edilen sonuçlara göre Hipotez_{1a1}, Hipotez_{1a2} kabul edilmiştir.

Öz bakımı sürdürme alt boyutu semptom izlemi, tedaviye uyumu ve semptomu tanıyabilmeyi içermektedir (Kettler, Sawyer, Winefield ve Greville 2002; Lainscak, Blue, Clark, Dahlström ve ark., 2011; Riegel ve Dickson 2008; Riegel, Lee, Dickson ve Carlson 2009). Kalp Yetersizliği Öz bakım İndeksi'nin psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmada, semptom tanınmanın kalp yetersizliği öz bakım yönetiminde önemli bir basamak olduğunu belirtmişlerdir (Riegel ve Dickson 2008). Kalp yetersizliği olan bireyler

semptomlarını tanıyabildiklerinde kendilerindeki değişiklikleri tanımlayabilmektedirler (Jaarsma 2011).

Bireylerin semptom izlemi yapabilmeleri için öncelikle hastalıkları konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Kalp yetersizliği olan bireyler hastalıklarının nasıl bir süreci olduğunu, neden kaynaklandığını, kalp yetersizliği nedeniyle hangi semptomları yaşadıklarını, bu semptomların nasıl oluştuğunu ve semptomları alevlendiren durumların neler olduğunu bilmelidir (Artinian, Fletcher, Mozaffarian, Kris-Etherton ve ark., 2010; Dickson ve Riegel 2009; Howlett, McKelvie, Costigan, Ducharme ve ark., 2010; Riegel ve Dickson 2008; Riegel, Dickson ve Faulkner 2015; Riegel, Lee, Dickson ve Carlson 2009; White, Howie-Esquivel ve Caldwell 2010).

Araştırmanın birinci basamağında yürütülen kalitatif çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıkları konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıklarının yönetimine ilişkin bilgi eksikliklerinin olduğu (Riegel ve Carlson 2002; Siabani, Leeder ve Davidson 2013), kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan eğitimsel girişimlerin bilgi düzeyini artırdığı (Chriss, Sheposh, Carlson ve Riegel 2004; Lainscak, Blue, Clark Dahlström ve ark., 2011; Ni, Nauman, Burgess, Wise ve ark., 1999; Rockwell ve Riegel 2001) ve bilgi düzeyindeki artışın bireylerin öz bakımlarını sürdürmede önemli olduğu belirtilmiştir (Chiaranai, Salyer ve Best 2009; Clark, McDougall, Riegel, Joiner-Rogers ve ark., 2015; Grady 2008; Mårtensson, Dahlström, Johansson, Lernfelt ve ark., 2009; Seto, Leonard , Cafazzo e ark., 2011; Sisk, Hebert, Horowitz, Mclaughlin ve ark., 2006; Smeulders, Van Haastregt, Ambergen, Uszko-Lencer ve ark., 2010; Smith, Piamjariyakul, Dalton, Russell ve ark., 2015; Strömberg, Dahlström, Fridlund, Mårtensson ve ark., 2003; Tung, Chen ve Yin 2012; While ve Kiek 2009).

Yapılan çalışmalarda hemşireler tarafından yapılan telefon izleminin ve günlük kullanımının da semptom tanımayı, önerilere uymayı böylece öz bakımı geliştirdiği belirtilmiştir (Brandon Schuessler, Ellison, Lazenby ve arkadaşları, 2009; Eastwood, Travis, Morgenstern ve Donaho, 2007; White, Howie-Esquivel ve Caldwell, 2010).

Çalışmamızda girişim grubuna yaşadıkları sorunlara yönelik verilen bireysel eğitim ve eğitim kitapçığı, magnet şeklindeki yönerge ve günlük izlem çizelgeleri ile poliklinikte hemşire izlemi bilgi düzeylerini arttırmış ve vücutlarındaki değişiklikleri izlemelerini, semptomları tanımalarını ve tedaviye uyumlarını arttırmış olabilir. Ayrıca girişim grubundaki

bireyler poliklinik izlemine geldiğinde büyük bir kısmı ilaç tedavilerini hatırlamak için kendilerine yöntem geliştirdiklerini ifade etmişler, eğitim kitapçığındaki bilgilerden yararlanarak ilaçlara bağlı yaşadıkları yan etkileri bildirerek ilaçlarında yeni düzenlemeler yapılmasını sağlamışlardır. Bu nedenle yapılan girişimlerin öz bakımı sürdürme alt boyutunda etkili olduğu söylenebilir.

Öz Bakım Yönetimi

Girişim ve karşılaştırma grubunun öz bakım yönetimi puanları karşılaştırıldığında hem gruplar arasında hem de girişim grubunda zamana göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 15-16). Elde edilen sonuçlara göre Hipotez1_{b1}, Hipotez1_{b2} kabul edilmiştir.

Kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım yönetimini sağlayabilmeleri için öz bakımı sürdürme basamaklarını yerine getirmenin yanında yaşanan semptomu değerlendirme, semptomu ortadan kaldırabilmek için uygun girişimleri uygulayabilme ve uyguladığı girişimlerin semptom üzerindeki etkisini değerlendirebilme becerilerini kazanmalıdır (Carlson ve Riegel 2004; Chriss, Sheposh, Riegel ve Dickson 2008; Riegel, Dickson ve Faulkner 2015). Ayrıca öz bakım yönetimi bireylerin karar verme süreçlerini içermektedir. Bu nedenle bireylerin semptomları doğru yorumlaması ve girişimi başlatması için gerekli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir (Riegel, Dickson ve Faulkner 2015). Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylere hemşire yönetiminde sağlanan girişimlerin bireylerin öz bakım yönetimini geliştirdiği bildirilmiştir (Clark, McDougall, Riegel, Joiner-Rogers ve ark., 2015; Mårtensson, Dahlström, Johansson, Lernfelt ve ark., 2009; Sisk, Hebert, Horowitz, McLaughlin ve ark., 2006; Smith, Piamjariyakul, Dalton, Russell ve ark., 2015; Strömberg, Dahlström, Fridlund, Mårtensson ve ark., 2003). Çalışmada girişim grubundaki bireyler sağlık durumlarına ilişkin yaşadıkları değişimleri günlüklerine yansıtmışlar, bu değişimleri telefon izlemlerinde, poliklinik kontrollerinde araştırmacı ile tartışma fırsatı bulmuşlardır. Girişim grubundaki bireyler semptomlar ve semptom yaşandığında izlenen yol ile ilgili yönlendirmelerin yarar sağladığını belirtmişlerdir. Çalışmada uygulanan girişimlerin öz bakımı geliştirmede etkili olduğu söylenebilir.

Öz Bakım Sağlamada Kendine Güven

Girişim ve karşılaştırma grubunun öz bakım sağlamada kendine güven puanları karşılaştırıldığında hem gruplar arasında hem de girişim grubunda zamana göre istatistiksel

olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 15-16). Elde edilen sonuçlara göre Hipotez1_{c1}, Hipotez1_{c2} kabul edilmiştir.

Kalp yetersizliği olan bireyler öz bakımı sürdürme ve öz bakım yönetimi basamaklarını başarı ile yürütebildiklerinde öz bakım sağlamada kendine güven basamağı gelişmektedir. Çünkü bireyler semptomlarını erken tanılayıp uygun girişimleri uyguladığında daha az semptom yaşadıklarını fark etmekte ve hastalıklarını yönetebildiklerini düşünmekte ve özgüvenleri gelişmektedir.

Öz bakımı sürdürme, vücudun farkında olmayı geliştirme, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve hastalık sürecini kontrol etmede kendini güçlü hissetme ile ilişkilidir (Eastwood, Travis, Morgenstern ve Donaho, 2007). Bu nedenle çalışmada hastaların öz bakımı sürdürme ve öz bakımı yönetme becerileri geliştiği için öz bakım sağlamada kendine güven alt boyutunda da gelişme olması beklenen bir sonuçtur.

9.2. Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Bireylerin Yaşam Kalitelerine Etkisi

Girişim ve karşılaştırma grubunun sol ventrikül disfonksiyon ölçeği puanları karşılaştırıldığında hem gruplar arasında hem de girişim grubunda zamana göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 17-18). Elde edilen sonuçlara göre Hipotez 2_a, Hipotez 2_b kabul edilmiştir. Bu çalışma sonucuna göre uygulanan girişimlerin yaşam kalitesinde iyileşmeyi sağladığı söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda da kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan eğitim ve danışmanlık girişimlerinin (Chu, Lee, Yoo, Kim ve ark., 2014; Grady, Mendes de Leon, Kozak, Cursio ve ark., 2014), multidisipliner ekip tarafından izlemin (Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker ve ark., 2013) yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Ayrıca kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımları geliştikçe yaşam kaliteleri de gelişim göstermektedir (Lee, Moser, Lennie ve Riegel 2011; Riegel, Lee, Dickson ve Carlson 2009; Van der Wal, Van Veldhuisen, Veeger, Rutten ve ark., 2010).

Kutzleb ve Reiner (2006) hemşire yönetimindeki girişimlerle rutin bakımı karşılaştırdıkları çalışmalarında hemşire yönetiminde yapılan girişimlerin yaşam kalitesini geliştirdiğini belirtmiştir. Hemşire yönetimindeki grubun yaşam kalitesinin artmasında diyet ve tedavi rejimine uyum sağlanmasının etkili olduğu bildirilmiştir. Evangelista, Lee, Moore, Motie ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireyler, hemşire

yönetiminde uzaktan izlenmiş ve danışmanlık almışlardır. Girişim sonucunda kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu belirtmişlerdir.

Ülkemizde Efe ve Olgun (2011) yaptıkları çalışmada, kalp yetersizliği olan bireylere verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemişler, eğitim girişiminden üç ay sonra çalışma grubunda karşılaştırma grubuna göre yaşam kalitesinde anlamlı artış olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Kalp yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri 3.ay ve 6. ayda gelişim göstermiştir. Yaşam kalitesindeki bu iyileşmenin bireylerin öz bakım aktivitelerinin gelişimi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Öz bakımını yerine getirebilen bireyler semptomları erken tanıdıkları ve uyguladıkları girişimlerle hastalık alevlenmesini önleyebildikleri için günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmiş ve sosyal yaşamda yer alabildiklerinde kendilerini daha iyi ve güvende hissetmiş olabilir. Çalışmada poliklinik izlemleri sırasında girişim grubundaki bireylerin semptom yaşamadıkları dönemde doktor kontrolleri, alışveriş gibi durumlar için yardım gereksinimleri olmadığını, aile ve arkadaşlarıyla vakit geçirebildiklerini ve yaşam kalitelerinin arttığını belirtmeleri de bu düşüncemizi desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada kalp yetersizliği olan bireyler için yaşam kalitesinin, semptom yaşamamalarının yanında sosyal hayatta yer almak, iş hayatını sürdürebilmek, günlük yaşamlarını sürdürmek için yardıma gereksinimi olmamak anlamına geldiği belirtilmiştir (Heo, Lennie, Okoli ve Moser.2009). Ancak bu çalışmada öz bakım ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelenmemiştir.

9.3. Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Bireylerin Hastaneye Tekrar Yatma Durumuna Etkisi

Çalışmada girişim ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastaneye tekrar yatma durumu karşılaştırıldığında 0–3 ayda girişim ve karşılaştırma grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < .05$) 3-6 ay arasındaki hastaneye yatma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 19-20). Elde edilen sonuçlara göre Hipotez 3, kısmen kabul edilmiştir.

Kalp yetersizliği olan bireylerin taburcu olduktan sonra %30-56.6'sının ilk üç ay içinde (Babayan, Mcnamara, Nagajothi, Kasper ve ark., 2003; Esquivel ve Dracup 2007; Schwarz ve Elman 2003; Polanczyk, Newton, Dec ve Di Salvo 2001; Proctor, Morrow-

Howell, Li ve Dpre 2000) hastaneye tekrar yattığı göz önüne alınırsa çalışmamızda uygulanan girişimlerin hastaneye yatma üzerinde oldukça etkili olduğu söylenebilir.

Agrinier, Altieri, Alla, Dobre ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireylere verilen öz yönetim programının hastaneye yatış sıklığına etkisini incelemişler, uygulanan program sonucunda hastaneye yatış sıklığında azalma sağladıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada öz yönetim programı multidisipliner ekip tarafından verilmiş, hemşire kalp yetersizliğinin fizyopatolojisi, öz bakımın geliştirilmesi, semptom yönetimi konularında bireyleri eğitmiş ve ev ziyaretleri yapmıştır. Sochalski,, Jaarsma, Krumholz, Laramie ve arkadaşları (2009) yaptıkları meta regresyon analizinde kalp yetersizliği yönetim programlarının hastaneye yatışları engellemedeki etkisini incelemişler, yüz yüze görüşme ve multidisipliner ekip yaklaşımının hastaneye yatışların azaltılmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada 3-6. ayda girişim grubundaki hastaların %15.6'sı hastaneye tekrar yatarken, karşılaştırma grubundaki hastaların %33.3'ü hastaneye tekrar yatmıştır, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda ilk altı ay içinde hastaneye yatma oranının %23-50 olduğu (Hoyt ve Bowling 2001; Krumholz, Chen, Wang, Vaccarino ve ark., 2000; Rodriguez-Artalejo, Guallar-Castillon, Herrera, Otero ve ark., 2006) göz önüne alınırsa bu sonuç, klinik olarak anlamlıdır ve girişim grubundaki bireylerin altıncı ayda hastaneye daha az yatmaları önemli bir sonuçtur.

Çalışmada hastaların öz bakımları geliştiği için hastaneye tekrar yatma durumları azalmış olabilir. Yapılan çalışmalarda da öz bakımın hastaneye yatmada etkili olduğu bulunmuştur. Lee, Lennie, Dunbar, Pressler ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin semptomlarını düzenli izlemelerinin öz bakım yönetiminin gelişmesini sağladığını, öz bakım yönetiminin gelişimiyle bireylerin hastaneye yatma durumlarında azalma sağlanabileceği belirtilmiştir.

Bireylerin semptom tanıma becerisini kazanabildiklerinde düzenli izlemlerle birlikte erken dönemde tanılama yapmalarının kolaylaştığı ve semptom oluşmaya başladığında alevlenme yaşanmadan önlem alabildikleri düşünülmektedir.

10.SONUÇ VE ÖNERİLER

10.1. Sonuç

Araştırmada kalp yetersizliği polikliniğinde uygulanan hemşirelik bakım ve izlem programının kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakım ve yaşam kalitelerinin gelişiminde, hastaneye tekrarlı yatışların azalmasında etkili olduğu bulunmuştur

10.2. Öneriler

- ❖ Kalp yetersizliği olan bireylerin eğitim ve izlemlerinin sağlanabilmesi için kardiyoloji polikliniklerinde kardiyoloji alanında uzman hemşirelerin bulunması,
- ❖ Hemşirelerin öz bakım yönetiminde semptom tanıma ve izlemenin önemine ilişkin farkındalıklarının artırılması,
- ❖ Taburculuk sonrası bireylerin belirli aralıklarla izlenmesi,
- ❖ Kalp yetersizliği olan bireylerin evdeki yaşantılarında sorun yaşadıklarında danışmanlık alabilecekleri sistem geliştirilmesi,
- ❖ Öz bakım yönetimi için bireylerin günlük tutmalarının sağlanması,
- ❖ NYHA IV fonksiyonel sınıfındaki hastaların da çalışmaya dahil olduğu araştırmaların planlanması önerilmektedir.

11.KAYNAKLAR

Agrinier N, Altieri C, Alla FN, Dobre D, et. al. Effectiveness of a multidimensional home nurse led heart failure disease management program: A French nationwide time-series comparison. *International Journal of Cardiology*, 2013;168: 3652–3658.

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. 2005; Emek Ofset, 3.Baskı, Ankara.

Alla F, Briancon S, Guillemin F, Juilliere Y, et. al. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure: Insights into the EPICAL study. *European Journal of Heart Failure*, 2002; 4(3):337–343.

Alligood RM, Tomey MA. *Nursing Theory: Utilization & Application*. Mosby. USA. Third. Edition. 2006; 255-279.

Anderson C, Deepak BV, Amoateng-Adjepong Y, Zarich S. Benefits of comprehensive inpatient education and discharge planning combined with outpatient support in elderly patients with congestive heart failure. *Congestive Heart Failure*, 2005; 11: 315–321.

Anderson MA, Levensen J, Dusio ME, Bryant PJ, et. al. Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *Journal of Nursing Care Quality*, 2006; 21(2):160-167.

Arcand J, Ivanov J, Sasson A, Floras V, et. al. A high-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: a prospective follow-up study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2011; 93:332-337.

Arnold JMO, Howlett JG, Ducharme A, Ezekowitz JA, et. al. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference guidelines on heart failure 2008 update: Best practices for the transition of care of heart failure patients, and the recognition, investigation and treatment of cardiomyopathies. *Canadian Journal of Cardiology*, 2008; 24 (1): 21-40.

Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, et. al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2010; 122(4):406–41.

Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange MP. What do patients know about their heart failure? *Applied Nursing Research*, 2002;15(4):200–208.

Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung*, 2002; 31:161–172.

Atienza F, Anguita M, Martinez-Alzamora, Osca J, et. al. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *European Journal of Heart Failure*, 2004; 6: 643–652.

Azhar G, Wei JY. Nutrition and cardiac cachexia. *Current Opinion of Clinical Nutrition Metab Care*, 2006; 9:18 –23.

Babayan ZV, Mcnamara RL, Nagajothi N, Kasper EK, et. al. Predictors of cause spesific hospital readmission in patients with heart failure. *Clinical Cardiology*, 2003; 26(9): 411- 418.

Badır A. Kalp Hastalıklarına Bağlı komplikasyonlar. (içinde) Karadakovan A, Eti Aslan F (Ed), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2010, Nobel Tıp Kitabevleri, 559-575.

Berg J, Lindgren P, Kahan T, Schill O, et. al. Health-related quality of life and long-term morbidity and mortality in patients hospitalised with systolic heart failure. *Journal of the Royal Society of Medicine Cardiovascular Disease*, 2014; 0(0) 1–9.

Blue L, Lang E, McMurray JJV, Davie AP, et. al. Randomized controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *British Medical Journal*, 2001; 323: 715–718.

Boren SA, Wakefield BJ, Gunlock TL, Wakefield DS. Heart failure self-management education: A systematic review of the evidence. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 2009;7:159-68.

Bradley E, Sipsma H, CurryL, Mehrotra D, et. al. Quality collaboratives and campaigns to reduce readmissions: What strategies are hospitals using? *J. Hosp. Med*, 2013; 8: 601–608.

Brandon AF, Schuessler JB, Ellison KJ, Lazenby RB. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Applied Nursing Research*, 2009; 22: e1–e7.

Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45:489–500.

Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, et. al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care *International Journal of Nursing Studies*, 2015, Article in press.

Butler J, Kalogeropoulos A. Worsening heart failure hospitalization epidemic we do not know how to prevent and we do not know how to treat! *J. Am. Coll. Cardiol*, 2008; 52: 435–437.

Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung*, 2001;30: 351–359.

Chiaranai C, Salyer J, Best A. Self-care and quality of life in patients with heart failure. *Thai Journal of Nursing Research*, 2009; 13:302–317.

Chriss P, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization, *Heart&Lung*, 2004; 33: 345-353.

Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IL, Oh EG, Lee J, Choi M, Cheon JY, Shim CY, Kang SM. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 2014;11: 54–64.

Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Frazier SK. Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms *Qual Life Res*, 2013; 22:1555–1563.

Chung ML, Lennie TA, Riegel B, Wu JR, Dekker RL, & Moser DK. Marital status as an independent predictor of event-free survival of patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 2009;18(6), 562–570.

Clark AP, McDougall G, Riegel B, Joiner-Rogers G, Innerarity S, Meraviglia M, Delville C, Davila A. Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015; 30:4, 3-13.

Cline CMJ, Israelsson BYA, Willenheimer RB et.al., Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart*, 1998; 80:442-446.

Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et. al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*, 2007;334:885-8.

Corrao G, Ghirardi A, Ibrahim B, Merlino L, Maggioni AP. Short- and long-term mortality and hospital readmissions among patients with new hospitalization for heart failure: A population-based investigation from Italy. *International Journal of Cardiology*, 2015;181: 81–87.

Dahl J, Penque S. The effects of an advanced practice nurse- directed heart failure program. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2001;20:5, 20-28.

Das RN, Grimmer-Somers KA. Fluid intake and voiding: Habits and health knowledge in a young, healthy population. *Research and Reports in Urology*, 2012; 4: 9-15.

Değertekin M. 2007. HAPPY Çalışması (Türkiye’de Kalp Yetersizliği İnsidans ve Prevelans Çalışması). <http://www.tkd.org.tr/sunu-merkezi>.

De Jong M, Moser DK, Chung ML. Predictors of health status for heart failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 2005;20:155–162.

De Leon CF, Grady KL, Eaton C, Rucker-Whitaker C, Janssen I, Calvin J, et al. Quality of life in a diverse population of patients with heart failure: Baseline findings from the heart failure adherence and retention trial (HART). *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 2009; 29(3):171–178.

Del Sindaco D, Pulignano G, Minardi G, Apostoli A, Guerrieri L, Rotoloni M, Petri G, Fabrizi L, Garoselli A, Venusti R, Chiantera A, Giulivi A, Giovannini E, Leggio F. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 2007; 8: 324–329.

Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: Predict or prevent? *Circulation*, 2012; 126: 501–506.

Dickson VV, A Mixed methods study investigating biobehavioral variables that influence self-care management in persons with heart failure. 2007; Pennsylvania, USA.

Dickson VV, Buck H, Riegel B. A qualitative meta analysis of heart failure self care practices among individuals with multiple comorbid conditions. *Journal of Cardiac Failure*, 2011;17(5): 413-419.

Dickson VV, Deatrick JA, Riegel B. A typology of heart failure self care management in non-elders. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008; 7:171-181.

Dickson VV, Riegel B. Are we teaching what patients need to know?: Building skills in heart failure self care. *Heart & Lung*, 2009; 38:3, 253-261.

Dickson VV, Howe A, Schipper J, Katz SM. Sociocultural influences on heart failure self-care among an ethnic minority black population. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2012; 27.

Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA.et.al. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2008; Suppl 3, 47-101.

DiFranza JR, Wellman R.J. Sensitization to nicotine: How the animal literature might inform future human research. *Nicotine Tobacco Researches*, 2007; 9:9 –20.

Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008; 23(3): 258–265.

Efe F, Olgun N. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Eğitimin Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011;1-13.

Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart& Lung*, 2002; 31:2, 94-101.

Eldh AC, Ehnfors M, Ekman I. The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006; 5(1):45–53.

Eren M. Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Klinik. (içinde) Keleş İ.(ed) *Güncel Kalp Yetersizliği*. 2013; 1-27. Akademi Yayınevi. İkon Yayın ve Matbaacılık. İstanbul.

Esquivel H, Dracup K. Effects of gender, ethnicity, pulmonary disease and symptom stability on rehospitalization in patients with heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 2007; 100 (7): 1139– 1144.

Europe E, Tyni Lenne. Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart&Lung*, 2004; 33:4, 227-34.

Evangelista LS, Lee JA, Moore AA, Motie M, Ghasemzadeh H, Sarrafzadeh M, Mangione CM. Examining the effects of remote monitoring systems on activation, self-care, and quality of life in older patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, January/February 2015; 30:1, 51-57.

Falk S, Wahn A-K, Lidell E Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure; A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007; 6(3):192–199.

Faller H, Stork S, Schuler M, Schowalter M, Steinbuchel T, Ertl G. et al. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure—a structural equation modeling approach. *Journal of Cardiac Failure*, 2009;15, 286–292.

Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2005; 2th. Edition Philadelphia.

Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, Galanis P, Copanitsanou P, Pananoudaki E, Brokalaki H. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2013; 27: 686–694

Franzen K, Saveman BI, Blomqvist K. Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007;6, 112–120.

Gallagher R, Luttik, ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011;26, 439-445.

Garin O, Ferrer M, Pont A, Rue M, Kotzeva A, Wiklund I. et al. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: A systematic review with meta-analyses. *Quality of Life Research*, 2009;18, 71–85.

Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopoulou V, et al., Hospitalization epidemic in patients with heart failure: risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions, *Card. Fail.* 2011;17: 54–75.

Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ. et.al. Heart disease and stroke statistics 2014 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 2014; 129: 28-292.

Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et.al. Heart disease and stroke statistics—2013 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 2013;127:e6-e245.

Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2013;50: 945–953.

Grady KL, Mendes de Leon CF, Kozak AT, Cursio JF, Richardson D, Avery E, Calvin Jr JE, Powell LH. Does self-management counseling in patients with heart failure improve quality of life? Findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART). *Qual Life Res*, 2014; 23:31–38.

Grady KL. Self-care and quality of life outcomes in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008; 23:285–292.

Granger BB, Sandelowski M, Tahshjain H, Swedberg K, Ekman I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009; 24(4):308–315.

Gupta SK. Intention-to-treat concept: A review. *Perspectives in Clinical Research*, July-September 2011; 2: 3, 109-112.

Gupta D, Georgiopoulou VV, Kalogeropoulos AP, Dunbar SB, Reilly CM, Sands JM. et al. Dietary sodium intake in heart failure. *Circulation*, 2012;126:479-85.

Günüşen NP, Üstün B. Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: Intention to treat analizi. DEUHYO E Dergi 2009; 1 (1), 46-56.

Harkness K, Spaling MA, Currie K, Strachan PH, Clark AM. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. Journal of Cardiovascular Nursing, 2015; 30:2, 121-135.

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.

Horowitz CR, Rein SB, Leventhal H A story of maladies, misconceptions and mishaps: Effective management of heart failure. Soc Sci Med, 2004; 58(3):631–643.

Howlett JG, McKelvie RS, Costigan J, Ducharme A, Estrella-Holder E, Ezekowitz JA. et.al. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. Canadian Journal of Cardiology, 2010;26(4):185-202.

Hoyt R, Bowling L. Reducing readmissions for congestive heart failure. American Family Physician, 2001; 63(8): 1593-1598.

Hwang S, Liao W, Huang T. Predictors of quality of life in patients with heart failure. Japan Journal of Nursing Science, 2014; 11, 290–298.

Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer Abu Saad H, Dracup K, Diederiks J. Self care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. Heart&Lung, 2000; 29:5, 319-330.

Jaarsma T, Lesman-Leegte I. The value of the quality of life. European Journal of Heart Failure, 2010; 12:901–902.

Jaarsma T, Abu-Saad HH, Dracup K, Halfens R. Self-care behavior of patients with heart failure. Scand J Caring Sci, 2000;14:112–119.

Jaarsma T, Van der Wal MHL, Lesman-Leegte I, Luttik ML, Hogenhuis J, Veeger NJ, Sanderman R, Hoes A, Van Gilst WH, Lok DJA, Dunselman PHJM, Tijssen JGP, Hillege HL, Van Veldhuisen DJ. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure. Archives of Internal Medicine, 2008; 168 (3), 316–324.

Jeon Y, Kraus S, Jowsey T, Glasgow N. The experience of living with chronic heart failure: A narrative review of qualitative studies. BMC Health Services Research, 2010; 10(1), 77.

Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG. et.al. 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. *Circulation*, 2009;119:1977-2016.

Jurgens CY, Hoke L, Byrnes J, Riegel B. Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nursing Research*, 2009;58: 4, 274-282.

Kaholokula JK, Saito E, Mau MK, Latimer R, Seto TB. Pacific Islanders' perspectives on heart failure management. *Patient Education and Counseling*, 2008; 70(2):281–291.

Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık bilimleri Dergisi*, 2011;14:3, 1-7.

Keleş İ, Altuğ Çakmak H. Kalp Yetersizliğinde Tanı, Epidemiyoloji, Fizyopatoloji ve Değerlendirme. (içinde) Keleş İ (Ed). *Güncel Kardioloji*. 2014,1-23. Akademi Yayınevi. 1.Baskı. İstanbul.

Kenchiah S, Gaziano JM, Vasan RS. Impact of obesity on the risk of heart failure and survival after the onset of heart failure. *Medical Clinics of North America*, 2004; Sep, 88(5):1273-94.

Kenchiah S, Evans JC, Levy D, Wilson PWF, Benjamin EJ, Larson MG. et al. Obesity and the risk of heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 2002; 347:305-13.

Kettler LJ, Sawyer SM, Winefield HR, Greville HV. Determinants of adherence in adults with cystic fibrosis. *Thorax*, 2002;57(5) 459- 64.

Kim SS, Ahn JA, Kang SM, Kim G, Lee S. Learning needs of patients with heart failure a descriptive, exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 2012; 22, 661-668.

Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 2005; 111: 179–185.

Kraai IH, Vermeulen KM, Luttik MLA, Hoekstra T, Jaarsma T, Hillege HL. Preferences of heart failure patients in daily clinical practice: quality of life or longevity? *European Journal of Heart Failure*, 2013; 15: 1113–1121.

Krumholz H, Chen T, Wang Y, Vaccarino V, Radford MJ, Horwits RI. Predictors of readmission among elderly survivors of admission with heart failure. *American Heart Journal*, 2000; 139(1): 73-77.

Kwok T, Lee J, Woo J, Lee DTF, Griffith S. A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17: 109–117.

Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2006; 18(13): 116-123.

Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2011;13(2):115–126.

Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisos D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2012; 49 610–624.

Ledwidge M, Ryan E, O’Loughlin C, Ryder M, Travers B, Kieran E, Walsh A, McDonald K. Heart failure care in a hospital unit: A comparison of standard 3-month and extended 6-month programs. *European Journal of Heart Failure*, 2005;7: 385–391.

Lee CS, Moser DK, Lennie TA, Riegel B. Event-free survival in adults with heart failure who engage in self-care management. *Heart & Lung*, 2011; 40(1):12–20.

Lee KS, Lennie TA, Dunbar SB, Pressler SJ. et.al. The association between regular symptom monitoring and self-care management in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015; 30:2, 145-151.

Lennie TA, Song EK, Wu JR, Chung ML, Dunbar SB, Pressler SJ, Moser D.K. Three gram sodium intake is associated with longer event-free survival only in patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2011; 17:325-30.

Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, et. al. Diet and ifestyle recommendations revision 2006. A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*, 2006; 114:82-96.

Lincoln SY, Guba GE. Naturalistic Inquiry. (1985). <http://books.google.com>. 10.01.2011

Lindenfelt JA, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM. HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 2010; 16:6,475-539.

Little R, Kang S. Intention-to-treat analysis with treatment discontinuation and missing data in clinical trials. *Statistics in Medicine*, 2015; 34: 2381–2390.

Lucas R, Riley JP, Mehta PA, Goodman H, Banya W, Mulligan K, Newman S, Cowie MR. The effect of heart failure nurse consultations on heart failure patients’illness beliefs,

mood and quality of life over a six-month period *Journal of Clinical Nursing*, 2014; 24, 256–265.

Luthi JC, Burnand B, McClellan WM, Pitts SR, Flanders WD. Is Readmission to Hospital an Indicator of Poor Process of Care for Patients with Heart Failure? *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13(1): 46-51.

Mårtensson J, Dahlström U, Johansson G, Lernfelt B, Persson H, Willenheimer R, Nurse-led heart failure follow-up in primary care in Sweden. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009; 8: 119–124.

McDonagh TA, Blue L, Clark AL, Dahlström U et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *European Journal of Heart Failure*, 2011;13(3):235-241.

McKelvie RS. Exercise training in patients with heart failure: clinical outcome, safety and indications. *Heart Failure Reviews*, 2008;13:3–11.

McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K. et. al. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2012; Suppl 3: 77-137.

Mert H, Demir Barutcu C, Sezgin D. The Turkish version of self care of heart failure index V6. *HealthMED*, 2013; 7: 8, 2480-2486.

Miche E, Herrmann G, Wirtz U, Laki H, Barth M, Radzewitz A. Effects of education, self-care instruction and physical exercise on patients with chronic heart failure. *Z Kardiol*, 2003; 92(12):985–993.

Mills RM. The heart failure frequent flyer: An urban legend, *Clin. Cardiol*, 2009; 32: 67–68.

Ming LC, Hassal MA, Shafie AA, Awaisu A, Hadi MA, Al-Haddad M. Perspectives of heart failure patients in Malaysia towards medications and disease state management: Findings from a qualitative study. *J Public Health*, 2011; 19(6):569–577.

Moe GW, Ezekowitz JA, O'Meara E, Howlett JG, Fremes SE, Al-Hesayen A. The 2013 Canadian Cardiovascular Society Heart Failure Management Guidelines Update: focus on rehabilitation and exercise and surgical coronary revascularization. *Canadian Journal of Cardiology*, 2014; 30: 249e263.

Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, Lee C, Stromberg A, Riegel B. Role of self-care in the patient with heart failure. *Curr Cardiol Rep*, 2012; 14: 265–275.

Moser DK, Watkins JF. Conceptualizing self-care in heart failure: A life course model of patient characteristics. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008; 23:3,205-218.

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et.al. Heart disease and stroke statistics 2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 2015; 131: 242-244.

Mullens W, Abraham Z, Sokos G, Francis GS, Starling RC, Young JB et al. Gender differences in patients admitted with advanced decompensated heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 2008; 102(4): 454-458.

Mulligan K, Mehta PA, Fteropoulli T, Dubrey SW, McIntyre HF, McDonagh TA, Sutton GC, Walker DM, Cowie MR, Newman S. Newly diagnosed heart failure: Change in quality of life, mood, and illness beliefs in the first 6 months after diagnosis *British Journal of Health Psychology*, 2012; 17: 447–462.

Müller-Tasch T, Peters-Klimm F, Schellberg D, Holzapfel N, Barth A, Jüger J. et al. Depression is a major determinant of quality of life in patients with chronic systolic heart failure in general practice. *Journal of Cardiac Failure*, 2007; 13(10): 818–824.

National Center for Health Statistics. Mortality Multiple Cause Micro-data Files, 2011. Public-use data file and documentation. NHLBI tabulations. http://www.cdc.gov/nchs/data_access/Vitalstatsonline.htm#Mortality_Multiple. Accessed July 3, 2014.

Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Internal Medicine*, 1999; 159: 1613–1619.

Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano J, Parissis J, Fedele F, Wikström G, Agostoni P, Atar S, Baholli L, Brito D, Colet JC, Édes I, Mesa JEG, Gorjup V, Garza EH, González Juanatey JR, Karanovic N, Karavidas A, Katsytadze I, Kivikko M, Matskeplishvili S, Merkely B, Morandi F, Novoa A, Oliva F, Ostadal P, Pereira-Barretto A, Pollesello P, Rudiger A, Schwinger RHG, Wieser M, Yavelov I, Zymlński R. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *International Journal of Cardiology*, 2015; 191: 256–264.

Nylor MD, Brooten DA, Campell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz S. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 2004; 52, 675–684.

Ojeda S, Anguita M, Delgado M, Atienza F, Rus C, Granados AL, Ridocci F, Valles F, Velasco JA. Short- and long-term results of a programme for the prevention of readmissions and mortality in patients with heart failure: Are effects maintained after stopping the programme? *European Journal of Heart Failure*, 2005; 7: 921–926.

Özenci M. Kalp Yetersizliği: Klinik ve Tedavi. (içinde) Erol Ç (Ed). Klinik Kardiyoloji. 327-370. MN Medikal & Nobel Tıp ktavevleri. 2011; 2.Baskı. Özyurt Matbaacılık. Ankara.

Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Use of the “Minnesota Living With Heart Failure” quality of life questionnaire in Spain. *Rev Esp Cardiol*, 2004; 57: 155-60.

Pasini E., Opasich C., Pastoris O., Aquilani R. (2004). Inadequate nutritional intake for daily life activity of clinically stable patients with chronic heart failure. *American Journal of Cardiology*. 93:41A-3A.

Peker S. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesinde yeniden yatışın (hospital readmission) analizi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı Başkanlığı, Ankara, Doktora Tezi; 2004.

Piepoli MF, Conraads V, Corra U, Dickstein K, Francis DP, Jaarsma T. et.al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Heart Failure*, 2011; 13: 347–357.

Piamjariyakulo U, Smith C, Mwekowitz M, Elyachar A. Part 1: Heart failure home management: Patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers’ perspectives. *Appl Nurs Res*, 2012; 25(4): 239-245.

Polanczyk C, Newton C, Dec G, Di Salvo TG. Quality of care and hospital readmission in congestive heart failure: An explicit review process. *Journal of Cardiac Failure*, 2001; 7(4): 289- 299.

Polit DF, Beck CT. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Vol:2, Eighth Edition.

Proctor E, Morrow-Howell N, Li H, Dpre P. Adequacy of home care and hospital readmission for elderly congestive heart failure patient. *Health & Social Work*, 2000; 25(2): 87–96.

Rhodes DL, Bowles CL. Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 39:5, 441-449.

Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015; article in press.

Riegel B, Dickson VV, Hoke L, McMahon JP, Reis BF, Sayers S. A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: mechanisms of effectiveness. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006; 21: 232–241.

Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B, An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009; 24(6):485–497.

Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung*, 2000; 29:1, 4-12.

Riegel B, Carlson B, Moser D, Sebern M, Hicks F, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*, 2004;10:4,350-360.

Riegel B, Dickson VV. A Situation specific theory of heart failure self care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008;23:3, 190-196.

Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*, 2004; 10(4): 350-360.

Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL. State of the science: Promoting self care in persons with heart failure: A scientific statement from The American Heart Association. *Circulation*, 2009; 120: 1141-1163.

Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*, 2002; 46:287–295.

Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*, 2011; 8(11):644–54.

Rockwell JM, Riegel B, Predictors of self-care in persons with heart failure, *Heart & Lung*, 2001; 30:1,18–25.

Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO, García AN. et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med*, 2005; 165: 1274-9.

Rodriquez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC et al. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2006; 12(8): 621– 627.

Rodriguez KL, Appelt CJ, Switzer GE, Sonel AF, Arnold RM (2008) "They diagnosed bad heart": A qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart & Lung* 37(4):257–265.

Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, McCoy ASM, Bulpitt C, Coats AJS, Gibbs JSR. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: Qualitative study. *BMJ*, 2000; 321(7261):605–607.

Rolfe G. Validity, trustworthiness and rigour: Quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 53:3, 304-310.

Rosamond W, Flegal K, Friday G, Frue K, Go A, Greenund K. Et. al. American Heart Association Statistics Committee And Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease And Stroke Statistics— Statistics—2007 Update: A Report From The American Heart Association Statistics Committee And Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 2007; February 6 115(5):E69-E171.

Ross A, Ohlsson U, Blomberg K, Gustafsson M. Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing*, 2015; 24: 1594–1602.

Rucker-Whitaker C, Flynn KJ, Kravitz G, Eaton C, Calvin JE, Powell LH. Understanding African-American participation in a behavioral intervention: Results from focus groups. *Contemp Clin Trials*, 2006; 27(3):274–286.

Samartzis L, Dimopoulos S, Tziangourou M, Nanas S. Effect of psychosocial interventions on quality of life in patients with chronic heart failure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Cardiac Failure*, 2013; 19:2,125-34.

Schnell KN, Naimark BJ, McClement SE Influential factors for self-care in ambulatory care heart failure patients: a qualitative perspective. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006; 16(1):13–19.

Schwarz K, Elman S. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart & Lung*, 2003; 32(2): 88– 99.

Scott LD. Caregiving and care receiving among a technologically dependent heart failure population. *ANS Adv Nurs Sci*, Dec;2000; 23(2):82–97.

Scotto CJ. The lived experience of adherence for patients with heart failure. *J Cardiopulm Rehabil*, 2005; 25(3):158–163.

Seah ACW, Tan KK, Gan JCH, Wang W. Experiences of patients living with heart failure: A descriptive qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 2015;1-8.

Sethares KS, Elliot K. The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 2004; 33:249–260.

Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, et al. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 26:377–385.

Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: A meta-synthesis of qualitative studies. *Springer Plus*, 2013; 2: 320, <http://www.springerplus.com/content/2/1/320>

Sisk J, Hebert P, Horowitz C, McLaughlin M et.al. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities, *Annals of Internal Medicine*, 2006;145: 273-284.

Sochalski J, Jaarsma T, Krumholz HM, Laramie A, McMurray JJV, Naylor MD, Rich MW, Riegel B, Stewart S. What works in chronic care management: The case of heart failure. *Health Affairs*, 2009; 28 (1): 179–189.

Soine LA. Heart Failure and Cardiogenic shock. (Ed)Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU, Bridges EJ. *Cardiac Nursing*, 2010; Sixth edition. 555-594.

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 2010;12 th edition, Lippincott USA, Williams & Wilkins.

Smeulders ESTF, van Haastregt JCM, Ambergen T, Uszko-Lencer NHKM, Janssen-Boyne JJ, Gorgels APM, Stoffers HEJH, Lodewijks-van der Bolt CLB, van Eijk JThM, Kempen GIJM. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: Randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 2010, 66(7): 1487–1499.

Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, Russell C, Wick J, Ellerbeck EF. Nurse-led multidisciplinary heart failure group clinic appointments methods, materials, and outcomes used in the clinical trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015; 30:4, 25-34.

Speziale HJS, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing. Advancing The Humanistic Imperative*, 2007; Lippincott Williams&Wilkins, Fourth Edition.

Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: Meta-analysis of prospective studies. *BMJ*, 2009; 339:4567.

Strömberg A, Jaarsma T. Thoughts about death and perceived health status in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2008; 10: 608-613.

Stromberg A, Dickstein K. What is new and of special interest to nurses in the 2008 ESC guidelines for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008; 7 (4): 257–258.

Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B, Mårtensson J, Karlsson J-E, Levin, L-Å. 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: June 24:11, 1014-1023.

Stull DE, Starling R, Haas G, Young JB. Becoming a patient with heart failure. *Heart&Lung*, 1999; Jul-Aug; 28(4): 284-92.

Thomas JRCA. Women with heart failure are at high psychosocial risk: A systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. *Cardiolo Res Prac*, 2011; 918973–918976.

Thompson DR, Roebuck A, Stewart S. Effects of a nurse-led, clinic and home-based intervention on recurrent hospital use in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2005; 7: 377–384.

Thornhill K, Lyons AC, Nouwen A, Lip GY. Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 2008; 13: 155-175.

Tung HH, Chen SC, Yin WH, et al. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2012;11:175–182.

Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, et al. Two-year outcome of patients after a first hospitalization for heart failure: A national observational study, *Arch Cardiovasc Dis*, 2014; 107:158–168.

Van der Wal MH, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *European Heart Journal*, 2010; 31 (12):1486–93.

Van Der Wal MH, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *European journal of Heart Failure*, 2005;7(1):5-17.

Westlake C, Dracup K, Creaser J, Livingston N, Heywood JT, Huiskes BL, Fonarow G, Hamilton M. Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung*, Mar-Apr 2002; 31 (2):85–93.

While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. *Br J Community Nurs*, 2009;14:54–59.

White M, Howie-Esquivel J, Caldwell M. Improving heart failure symptom recognition: A diary analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2010; 25(1):7–12.

World Health Organization, Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action, Geneva, Switzerland. 2003, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

Working Group Report on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Recommendations for exercise in training in chronic heart failure patients. *European Heart Journal*, 2001;22:125-135.

Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster SA, Gamble GD, Pearl A, Whalley GA, Sharpe N, Doughty RN. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *European Journal of Heart Failure*, 2003; 5(3):371–380.

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH. et. al. ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2013;128, 1-164.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 2006; 5.Baskı, Seçkin Matbaa, Ankara.

Yu DSF, Thompson DR, Lee DTF. Disease management programmes for older people with heart failure: Crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*, 2006; 27, 596–612.

Zaya M, Phan A, Schwarz ER, Predictors of re-hospitalization in patients with chronic heart failure, *World J. Cardiol*, 2012; 4:23–30.

Zuluaga MC, Guallar-Castillon P, Lopez-Garcia E, Banegas JR, Conde-Herrera M, Olcoz-Chiva M. et al. Generic and disease-specific quality of life as a predictor of long-term mortality in heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2010;12, 1372– 1378.

12. EKLER

EK 1. Niteliksel Çalışma Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Ad Soyad:

Protokol No:

Adres:

Telefon No:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın (.....) Erkek (.....)

Eğitim Durumu: İlköğretim(.....) Ortaöğretim(.....) Yükseköğretim (.....)

Medeni durum: Evli(.....) Bekar (.....)

Çalışma Durumu: Çalışıyor (.....) Çalışmıyor (.....)

Kalp Yetersizliği Fonksiyonu Sınıflaması (NYHA Evresi)

I. Evre(.....) II. Evre (.....) III. Evre (.....)

Kalp Yetersizliği Tanı Süresi:

Ejeksiyon fraksiyon yüzdesi:

EK 2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Kalp yetersizliğiyle yaşamak nasıl, anlatır mısınız?

Hastalığınız nedeni ile hangi sorunları yaşıyorsunuz?

Yaşadığınız bu sorunları nasıl yönetiyorsunuz?/ Problem yaşadığınızda ne yapıyorsunuz?

En çok hangi sorunu yönetmekte zorlanıyorsunuz?

Hastalığınızla ilgili yaşadığınız sorunları yönetirken size göre en zor şey ne/en kolay şey ne?

Hastalığınızı yönetmek için bir gün boyunca neler yaptığınızı anlatır mısınız?

Kalp yetersizliğinizi yönetebilmek için hastalığınız hakkında neleri bilmek istersiniz?

EK 3. Tez Uygulama Kurum İzin Belgesi



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 -443
KONU:

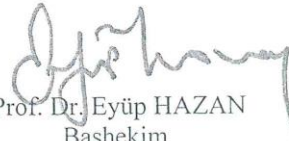
BALÇOVA-İZMİR
...../...../2010

29.06.2010*005887

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi:B.30.2.DEÜ.0.42.72.00/200/2005 sayılı 23.06.2010 tarihli yazınız.

İlgili yazıya istinaden;Enstitünüz Hemşirelik anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Dilek Sezgin “Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Öz-Bakım Yönetiminin incelenmesi ve Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi” isimli tezini belirttiğiniz tarih ve birimlerde Hastanemizde yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Eyüp HAZAN
Başhekim

EK 4 Etik Kurul İzin Belgesi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/08-13	Tarih:28.07.2010
	Yrd.Doç.Dr.Hatice MERT'in proje yöneticisi olduğu Arş.Gör.Dilek SEZGİN sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Öz-Bakım Yönteminin İncelenmesi ve Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi DEU.HSI.PHD-2009970099" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Ecz.İskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D..Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	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	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

" Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/19-48	Tarih: 20.08.2015
	Yrd.Doç.Dr.Hatice MERT'in sorumlusu olduğu "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Öz-Bakım Yönteminin İncelenmesi ve Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen dilekçeye ilişkin olarak; -Çalışma adının "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Öz-Bakım Yönetiminin İncelenmesi ve Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi" olarak değiştirilmesi ile ilgili bilgi edinilmiş ve 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	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.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 ☒	katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	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 ☒	katılmadı
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 ☒	katılmadı
Doç.Dr.Seta KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.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 5. Niteliksel Çalışma Bilgilendirilmiş Onam Formu

Tarih:

Görüşmenin Başlama Saati:.....**Bitiş saati:**.....

Görüşmeci:.....

Görüşülen Kişi:.....

Merhaba, benim adım **Dilek SEZGİN**. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda doktora öğrencisiyim. Kalp yetersizliği olan hastaların kendi bakımlarını (öz-bakımlarını) gerçekleştirememeye nedenlerini ve hastalığı yönetirken bireylerin nelere gereksinimi olduğunu belirlemek için bir çalışma yapıyorum. Bu araştırmanın sonucunda kalp yetersizliği olan bireylerin kendi bakımlarını yerine getirmedeki sorunları belirlenebilecek, bu bilgiler sağlık profesyonellerinin hastalarına verdiği bakıma ışık tutacaktır. Bu nedenle sizin kendi bakımınızı yerine getirme durumunuzu ve kendi bakımınızı yaparken nelere gereksiniminiz olduğunu öğrenmek istiyorum.

Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizli tutulacaktır. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken görüşülen bireylerin isimleri kesinlikle raporda belirtilmeyecektir.

Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

- Görüşmeyi izin verirsiniz kaydetmek istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?

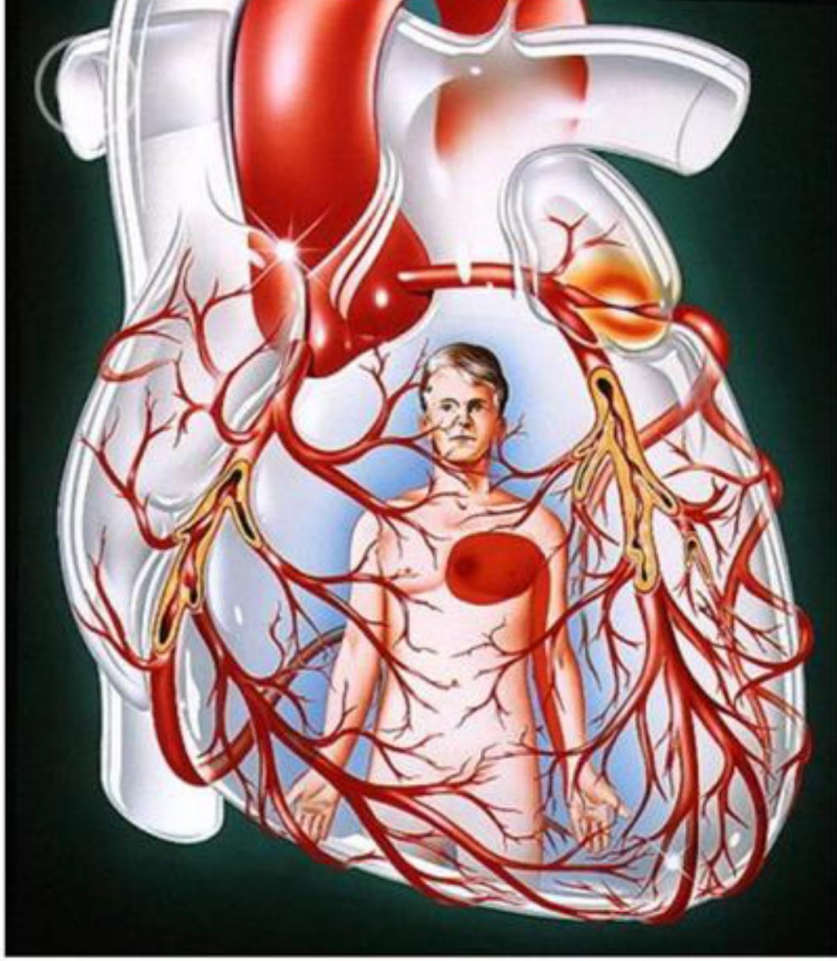
Bu görüşmenin yaklaşık 30-40dk süreceğini düşünüyorum. İzin verirsiniz sorulara başlamak istiyorum.

Görüşmeci İmza

Görüşme Yapılan Kişi İmza

EK 6. Kalp Yetersizliği İle Yaşam Eğitim Kitapıığı

KALP YETERSİZLİĞİ İLE YAşAM



Hazırlayan: Dilek SEZGİN

Danışman: Yard. Doç. Dr. Hatice MERT

GİRİŞ

Bir çok kişi kalp yetersizliğinin bir son olduğunu ve kalp yetersizliğinin tedavisi için bir şey yapılamayacağını düşünmektedir. Bu doğru değildir. Sizler için yapılabilecek çok şey vardır. Aileniz ve sağlık ekibiniz kendinizi daha iyi hissetmeniz ve iyi olmanız için size yardımcı olabilirler.



İÇERİK

- ✓ Kalp yetersizliği nedir?
- ✓ Kalp yetersizliğine neden olan durumla nelerdir?
- ✓ Kalp yetersizliği olan bireylerin yaşadıkları sorunlar(semptomlar) nelerdir?
- ✓ Kalp yetersizliği semptomları yaşandığında uygulanabilecek:«Kalp yetersizliği eylem planı»
- ✓ Kalp yetersizliği semptomlarından korunmak için neler yapılmalıdır?

KALP YETERSİZLİĞİ NEDİR?

- ❖ Kalp yetersizliği kalbin, vücuttaki dokuların gereksinimini karşılayacak miktarda kanı pompalayamadığı, kalbin kanı pompalama gücünün azaldığı bir hastalıktır.
- ❖ Kalp yetersizliği; kontrol altına alınabilen, başarılı bir şekilde kontrol edilemezse ciddi yetersizliklerle sonuçlanabilen bir kalp hastalığıdır.
- ❖ Kalp yeterli miktarda kan pompalayamadığı zaman akciğerler ve diğer vücut bölümleri içine aşırı sıvı göllenir.
- ❖ Bu durum kalp yetersizliği belirtilerini ortaya çıkarır.
- ❖ Kalp yetersizliğinin hafif, orta, şiddetli, çok şiddetli gibi çeşitli düzeyleri vardır ve bu düzey arttıkça aktivitelerinizi yapmakta zorlanmaya başlarsınız.

KALP YETERSİZLİĞİNİN NEDENLERİ

İleri Yaş: Kalp yetersizliği herhangi bir yaşta görülebilir, fakat daha sıklıkla 60 yaş ve üstündeki kişilerde görülür. Yaşlanmayla birlikte kalp kasında ve damarlarda yapısal değişiklikler nedeniyle pompalama gücünde yavaşlama, damarlarda daralmalar oluşmaktadır.

Kalp kapak hastalıkları: Kalp kapaklarındaki değişimler nedeniyle kan kapaktan geriye doğru akar, bu durumda kalbin iş yükü artar.

Koroner arter (kalbi besleyen damarlar) hastalıkları: Koroner arterlerin daralması ve koroner damarlarda tıkanıklık oluşması kalbin beslenmesi için yeterli kan akımının sağlanamamasına yol açar. Bunun sonucunda kalp krizi meydana gelebilir, kalp krizi kalp kasını hasarlandırıp kalbin etkili pompalama gücünü azaltır ve kalp yetersizliğine yol açabilmektedir.

KALP YETERSİZLİĞİNİN NEDENLERİ

Hipertansiyon (yüksek kan basıncı):

Yüksek kan basıncı kalbin iş yükünü artırarak kalp yetersizliğine yol açabilir.

Kardiyomiyopati (Kalp kası hastalığı): Kalp kasında meydana gelen yapısal değişimler sonucu kalbin pompalama gücü azalır ve bu durumda da kalp yetersizliği gelişebilir

Diğer nedenler: Diyabet (şeker hastalığı), tiroid hastalıkları, KOAH, sigara ve alkol kullanımı, hareketsiz yaşam, beslenme alışkanlıkları, stres, yüksek kolesterol...

GÜNLÜK YAPILMASI GEREKEN İZLEMLER

Kilo kontrolü

Kilo kontrolü

- ❖ Her sabah kalktığınızda aç karına ve tuvalete gittikten sonra, çıplak olarak ya da her gün aynı giysilerle tartılın.
- ❖ Günlük kilonuzu mutlaka kaydedin.
- ❖ Günlük olarak kilonuzu izlemek size oluşabilecek ani kilo değişimlerinizin farkına varmanızı sağlayacaktır
- ❖ Bir önceki güne göre kilonuzdaki artış vücudunuzda fazla sıvının olduğunu göstermektedir.
- ❖ Vücutta biriken fazla sıvı kalbin iş yükünü artıracak ve sizin istenmeyen durumlarla karşılaşmanıza yol açacaktır.



GÜNLÜK YAPILMASI GEREKEN İZLEMLER

Ödem kontrolü

Ödem kontrolü



- ❖ Sabahleyin kilo ölçümünüzü yaptıktan sonra ayak bileklerinizde şişlik olup olmadığını kontrol edin.
- ❖ Günlük olarak ayak bileklerinizde şişliklerin olup olmadığını, ödem varsa bir önceki güne göre ödemde artış/azalma olduğunu mutlaka kaydedin.
- ❖ Ödemin olup olmadığını değerlendirme:
 - Ayak bileğinizle diziniz arasında ve ayak bileğinizle parmaklarınız arasındaki kemik üzerinden başparmağınızla bastırdığınızda, deride içeriye doğru çökmenin olması,
 - Çoraplarınızın ayak bileğinde iz yapması,
 - Yüzüğünüzün parmağınızı sıkması,
 - Kemerinizin sürekli bağladığınız düzeyinin sıkması ödemin göstergelerindendir.
- ❖ Ödeminizin olması vücutta fazla sıvının biriktiğini göstermektedir.
- ❖ Vücutta biriken fazla sıvı kalbin iş yükünü artıracak ve sizin istenmeyen durumlarla karşılaşmanıza yol açacaktır.

BESLENMEYE İLİŞKİN ÖNERİLER

Tuz kullanımı

Tuz kullanımı



- Kalp yetersizliği olan bireylerin diyetlerinde tuz kısıtlaması yapmaları gerekmektedir.
- Kalp yetersizliği olan bireylerin günlük olarak almaları gereken tuz miktarı 2.3 gr dır. (1 çay kaşığı)
- Almanız gereken tuz miktarı besinlerin içeriğinde bulunan tuz miktarından karşılanabilmektedir. Bu nedenle yemeklerin hazırlanmasında ek olarak tuz kullanmayın.
- Yemeklerin hazırlanmasında tuz oranı yüksek salça ve baharat kullanımından kaçının.
- Tuz oranı yüksek olan hazır besinlerden kaçının. (salamura, turşular, hazır çorbalar)
- Alışveriş yaparken besinlerin içeriğinde bulunan tuz miktarları etiketlerden mutlaka kontrol edin, tuz oranı yüksek besinler kullanmayın.
- Tuz alımının artmasıyla vücuttaki su-tuz dengesi değişecek ve vücutta fazla sıvı birikmesine neden olacaktır.
- Tuz alımının belirli düzende tutulması önem taşımaktadır. Tuz kaçaklarının önlenmesi gerekmektedir.

BESLENMEYE İLİŞKİN ÖNERİLER

Sıvı alımı



Sıvı alımı	• Kalp yetersizliği hastalarının sıvı alımını belirli düzeylerde tutması önem taşımaktadır. • Günlük sıvı alımınızı 1.5-2lt arasında tutun. • Önerilen miktarlardan fazla sıvı alımının olması kalbin iş yükünü artıracaktır.
-------------------	---

Yağ kullanımı

Yağ kullanımı	• Yemeklerin hazırlanmasında sıvı yağlar (zeytinyağı) kullanın. • Katı yağların kullanımından kaçının. • Katı yağların kullanımı sonucu kalp-damar yapısında bozulmalar olduğu için sizin hastalığınızın ilerlemesine neden olabilmektedir.
----------------------	---

Et tüketimi



Et tüketimi	• Kalp yetersizliği olan bireylerin kırmızı et tüketimini sınırlandırmaları gerekmektedir. • Beslenmenizde beyaz et tercih edin. • Yağsız ve ızgara-haşlama tarzında pişirilmiş etler tüketin.
--------------------	--

Besinlerin etiketlerinin okunması

Besinlerinizi seçerken taze meyve sebze ve işlenmemiş ürünler almaya dikkat edin.

İşlenmiş besinlerden
seecekseniz tuz eklenmemiş
olmasına/tuzu azaltılmış
olmasına dikkat edin.

Besin etiketlerinde tuz sodyum olarak belirtilmektedir

Alacağınız besinleri 100 gr daki sodyum değerleri ile karşılaştırınız.ve düşük sodyum değerine göre karar vererek alın.

Etiketlerin alt taraflarında içerik yer almaktadır.bu bölümde tuz ve sodyum klorid ifadeleri yer alıyorsa bu ürünleri satın alın.

EGZERSİZE İLİŞKİN ÖNERİLER

Egzersizin önemi	• Kalp sağlığının korunmasında düzenli olarak egzersiz yapmak büyük önem taşımaktadır. • Uygulayabileceğiniz bir egzersiz çeşidi belirlemeli ve düzenli olarak spor yapmalısınız. • Düzenli olarak spor yaptığınızda kan dolaşımı hızlanmakta • Kolesterol düzeyi düşmektedir.
Egzersiz çeşidi	• Kalp yetersizliği hastalarının uygulayabileceği egzersizler arasında yürüyüş, yüzme, bisiklete binme, yavaş tempoda koşu yer almaktadır. • Bu egzersizlerden size uygun olanı seçip düzenli olarak bu egzersizleri uygulamalısınız. • Ağır egzersizden kaçınmalısınız.
Egzersiz süresi	• Egzersizlerin her gün uygulanması önerilmektedir. • Her gün egzersiz yapamıyorsanız haftada en az 3 gün olacak şekilde aktivite planı yapmalısınız. • Egzersizi 20-30 dakika olacak şekilde planlamalısınız. • Eğer belirlenen süreden önce nefes darlığı, çarpıntı, ağrı, kalpte sıkışma hissi yaşarsanız egzersizi sonlandırmalı, kendinizi iyi hissettiğinizde devam etmelisiniz. • Fazla sıcak ve fazla soğuk hava koşullarında egzersiz yapmaktan kaçınmalısınız • Aç ya da tok olarak egzersiz yapmanız önerilmemektedir. • Yemeklerden en az 1-1.5 saat sonra egzersiz yapmanız önerilmektedir.

HASTALIKLARDAN KORUNMAYA İLİŞKİN ÖNERİLER

Hastalıklardan korunmaya ilişkin öneriler	• Özellikle kış aylarında hastalıklardan korunmanız büyük önem taşımaktadır. • Nezle-grip-akciğer enfeksiyonları gibi durumlar sizin kalp sağlığını olumsuz olarak etkileyecektir. • Hasta olduğunuzda kalbin iş yükü artacak ve bu sizin kalp yetersizliği ile yaşam sürecinizi olumsuz etkileyecektir.
Grip aşısı	• Her yıl düzenli olarak grip aşısı yaptırın. • Düzenli olarak aşı yaptırmanıza rağmen grip olabilirsiniz. Yaptırdığınız aşı sizi tüm hastalık etkeninden koruyamayabilir. Ancak hastalığa yakalanma riskinizi önemli derecede azaltacaktır.
Pnömonokok aşısı	• Pnömonokok aşısını 5 yılda bir yaptırmanız sizi hastalık etkenlerinden önemli ölçüde koruyacaktır.

SİĞARA KULLANIMI



Sigara kullanımı

- Kalp yetersizliği olan bireylerin sigara kullanmamaları gerekmektedir.
- Sigara kullanımı ile kalp yetersizliği semptomları alevlenecektir.

ALKOL KULLANIMI

Alkol kullanımı

- Kalp yetersizliği olan bireylerin alkol kullanımını sınırlandırmaları gerekmektedir.
- Alkol kullanımı için önerilen miktar günlük 1 kadeh şarap olarak belirtilmektedir.
- Alkol almak isterseniz: erkekler için günde 3 standart içecek,
- Bayanlar için günde 2 standart içecek sınır korunmalıdır.
- Standart içeceklerin birbirine denklikleri: orta sertlikte yarım kadeh (250 ml)bira
- küçük bir bardak şarap (100ml)
- 30 ml sert içki



250ml



100ml



30ml

KONTROLLER

Kontrollere ilişkin bilgiler	• Size önerilen zamanlarda kontrollerinizi yaptırmanız önem taşımaktadır. • Yapılan kontrollerde durumunuz değerlendirilecek, yaşanabilecek olası sorunlar erken saptanabilecektir. • Kontrollerde kullandığınız bazı ilaçların kandaki düzeyleri belirlenecek ve bu duruma göre ilaç dozlarınız tekrar düzenlenecektir. • Önerilen zaman aralıklarında düzenli olarak kontrollere gelmediğinizde yaşanabilecek sorunlar erken saptanamayacak ve hastalığınızın semptomlarının kötüleşmesine neden olacaktır.
-------------------------------------	---

ALTERNATİF TEDAVİLER



Günümüzde kronik hastalıkların tedavisinde çeşitli alternatif tedaviler kullanılmaktadır.

Alternatif tedavilerin kullanımını tartışmalı bir konudur.

Bilinçli kullanılmayan alternatif tedaviler durumunuzun kötüleşmesine, kullandığınız ilaçların etkisinin azalmasına ya da artmasına neden olabilmektedir.

Bu nedenle kullandığınız tedavileri mutlaka doktorunuz/hemşirenizle paylaşmalısınız ve sağlık ekibinin önerilerini dikkate almalısınız.

KULLANILAN İLAÇLARA İLİŞKİN ÖNERİLER

Kullanılan ilaçlara ilişkin bilgiler

- Size önerilen ilaçların düzenli olarak kullanımı hastalığınızın kontrol altında tutulması için büyük önem taşımaktadır.
- İlaçlarınızı önerilen dozda, zaman aralığında ve aksatmadan kullanın.
- İlaç dozlarının azaltılması ya da doktora haber verilmeden ilacın bırakılması yaşadığınız sorunların artmasına ve durumunuzun kötüleşmesine zemin hazırlayacaktır.
- Kontrole geldiğinizde doktorunuzdan ya da hemşirenizden ilaç saatlerinizin düzenlenmesi için danışmanlık alın.
- İlaçların hepsinin aynı saatte, birlikte alınması ilaçların etkisinin artmasına ya da azalmasına neden olabilmektedir.
- İlaçlarınızın yan etkileri, ilaç alırken nelere dikkat edeceğiniz konusunda mutlaka hemşirenizden ya da doktorunuzdan bilgi alın.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

DIÜRETİK (İdrar söktürücü)

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu/ zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
Diüretik			Diüretikler vücuttaki fazla sıvının atılmasına yardımcı olur	Aldığınız ilaç, vücuttaki fazla sıvıyı idrarla atabilmenizi sağlamaktadır. İlacı aldıktan sonra idrar miktarınızda artış varsa bu durumda ilaç etki göstermiş demektir. Dışarıya çıkacağınızda idrar miktarındaki artış nedeniyle ilaç alımını aksatmamanız gerekir. İlaç saatlerinizi evde kalacağınız saatlere göre düzenlemelisiniz. Gece uyku saatinden önce ilaç almanız sık idrara çıkacağınız için uyku düzeninizde bozulmaya yol açabilir. Aldığınız ilaç potasyum tutucu ya da potasyum atıcı olabilir. Bu nedenle potasyum değerlerinizi doktorunuz/hemşirenizin önerdiği zamanlarda izlemelisiniz.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

BETA BLOKER

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu /zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
Beta Bloker			Kalbin kanı vücuda pompalayabilm esini kolaylaştırır.	Beta bloker ilacınız nabzınızda düşüklük ve tansiyonunuzda düşüklük yapabilir.
				Bunun için ilacı kullanmadan önce mutlaka nabzınızı ve tansiyonunuzu değerlendirmelisiniz.
			Kalbin çalışmasını kötüleştiren stres hormonlarının etkisini sınırlandırır.	Nabzınız dakikada 60'ın altındaysa ve tansiyonunuz 90/60 mmHg altındaysa ilacınızı almayın.
			Kalp hızını yavaşlatarak kan basıncınızı düşürür.	1 saat sonra nabız ve tansiyonunuzu tekrar değerlendirin, nabız 60'ın üzerinde ve tansiyonunuz 90/60 mmHg üzerindeyse ilacınızı alınız.
				

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

ACE İNHİBİTÖRÜ

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu /zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
ACE İnhibitörü			ACE inhibitörleri anjiotensin adı verilen kimyasal maddenin yapımını engellerler. Anjiotensin kan damarlarınızın kasılarak daralmasına neden olur. Anjiotensin yapımının azaltılmasıyla kan damarları /arterler gevşer/genişler Bu durum kalbin kanı kan damarlarına ulaştırmasını kolaylaştırır.	İlacınızı kullanmadan önce tansiyonunuzu değerlendirmelisiniz, kullandığınız ilaç tansiyonunuzun istenen değerlerden daha düşük olmasına neden olabilir. ACE inhibitörü ilacınız sizde kuru öksürüğe neden olabilir. Böyle bir durum yaşarsanız doktorunuz veya hemşirenizle bu durumu paylaşmalısınız.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

ALDESTERON RESEPTÖR BLOKERİ

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu /zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
Aldesteron reseptör blokeri			Vücuttaki fazla sıvının atılmasına yardımcı olan güçlü bir idrar söktürücüdür. Bu ilaçlar kalbin çalışmasını etkileyen stres hormonu olan aldesteronun etkisini azaltır/yok eder	İlacınızı kullanmadan önce tansiyonunuzu değerlendirmelisiniz, kullandığınız ilaç tansiyonunuzun istenen değerlerden daha düşük olmasına neden olabilir.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

KALSIYUM KANAL BLOKERİ

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu /zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
Kalsiyum Kanal Blokeri			Kalsiyum kanal blokerleri sıklıkla beta bloker ve digoksinle kalp hızının yavaşlatılamadığı durumlarda kullanılmaktadır	İlacınızı kullanmadan önce tansiyonunuzu değerlendirmelisiniz , kullandığınız ilaç tansiyonunuzun istenen değerlerden daha düşük olmasına neden olabilir.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

ANTI KOAGÜLAN

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu /zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
Anti koagülan			Kanın damar içinde pıhtılaşmasını önlemek için kullanılmaktadır.	Antikoagülan ilaç kullananların doktorun önerdiği zaman aralıklarında kandaki INR değerini ölçtürmeleri gerekmektedir. INR değerinin ölçülmesi önemlidir. INR değerinde düşme olduğunda damar içinde kanın pıhtılaşması gerçekleşebilir, bu durum damarlarınızın tıkanmasına yol açar. INR değerinde artma olduğunda bu durum istenmeyen kanamalara yol açabilir, ilaçların bu istenmeyen yan etkilerinin yaşanmaması için kan değerlerinin önerilen zamanlarda yaptırılması gerekmektedir. İlaçlarınızın dozu kan değerlerinize göre düzenlenecektir. Diş çekimi, ameliyat gibi durumlarınız varsa daha önce doktorunuza başvurmanız ve INR değerinizin düzenlenmesi gerekmektedir.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

DİJİTAL

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu /zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
Digital Digoksin			Kalbini zin daha güçlü çalışması için ve kalp hızınız düzenli değilse kontrol altına alınması için kullanıl maktadır.	Digital ilaç kullananların doktorun önerdiği zaman aralıklarında kandaki digoksin değerini ölçturmeleri gerekmektedir. Digoksin değerinin ölçülmesi önemlidir. Kandaki digoksin değerinin normalden fazla olması ilaç zehirlenmesine neden olabilmektedir. İlacınız nabzınızda düşüklük yapabilir. Bunun için ilacı kullanmadan önce mutlaka nabzınızı ve tansiyonunuzu değerlendirmelisiniz. Nabzınız dakikada 60'ın altındaysa ve tansiyonunuz 90/60 mmHg altındaysa ilacınızı almayın. 1 saat sonra nabız ve tansiyonunuzu tekrar değerlendirin, nabız 60'ın üzerinde ve tansiyonunuz 90/60 mmHg üzerindeyse ilacınızı alın.

KALP YETERSİZLİĞİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

DİJİTAL

İlacın Tipi	Benim İlacım	İlaç dozu/zamanı	İlacın Etkisi	Dikkat edilmesi gereken durumlar
Dijital Digoksin				-iştahsızlık -bulantı -kusma -çift görme -bulanık görme -cisimleri sarı-yeşil görme ya da cisimlerin etrafında hale görme -çarpıntı -nabız düzensizliği -sinirlilik -hafıza sorunları gibi sorunlarınız olursa hemen doktorunuza/hemşirenize başvurmalısınız. Bu belirtiler ilacınızın kanınızda fazla miktarda olduğunu gösteren belirtilerdir ve bu belirtilerin kontrol altına alınabilmesi için tedavinizin düzenlenmesi gerekir.

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN YAŞADIKLARI SORUNLAR (SEMPTOMLAR) NELERDİR?

Nefes darlığı

Ödem

Halsizlik /yorgunluk/ Çabuk yorulma

Ani kilo artışı

Öksürük

Ağrı

Uykusuzluk

İştahsızlık/bulantı

Gece uykudan uyandıran nefes darlığı

Karında şişlik

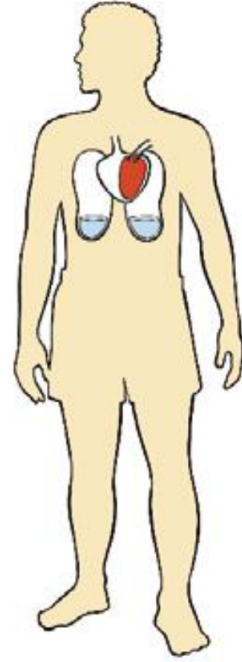
NEFES DARLIĞI

Kalbiniz normal şekilde kanı pompalayamadığında kan akımı yavaşlar.

Bu nedenle sıvı kan damarlarından dışarıya sızar.

Kalbinizin sol tarafındaki sorun nedeniyle kan yeterli pompalanamazsa damar içindeki sıvı akciğerlerde birikir.

Akciğerlerde biriken sıvı:
nefes darlığı yaşamınıza neden olmaktadır.



SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Nefes darlığı	• Vücutta fazla sıvının olması • Kalbinizin yeterli pompalama gücünün olmaması • Kansızlık • Fazla hareket • Akciğer enfeksiyonları • Stres yaşama • Tedavinin etkili uygulanmaması • Çok sıcak ve nemli ortamlarda bulunma

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

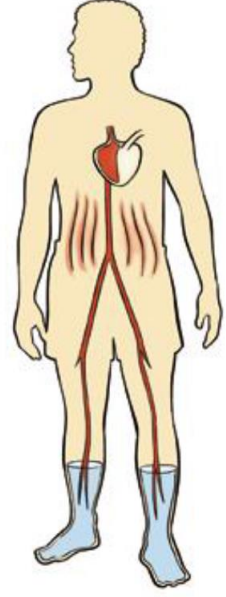
Nefes darlığı yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Nefes darlığı	➤ Fazla hareket etmişseniz dinlenin. ➤ Derin nefes alma egzersizi uygulayın. ➤ Size nefes darlığı yaşadığınızda kullanmanız gereken bir ilaç verilmişse bu ilacınızı kullanın. ➤ Sıvı alımınızı kısıtlayın. ➤ Tuz kısıtlaması yapın. ➤ Aktivitelerinizi dinlenme aralıkları bırakarak yapın. ➤ Çok sıcak ve nemli bir ortamdaysanız bu durum nefes darlığı yaşamınızı tetikleyebilir. Bulunduğunuz ortamın ısisını düzenleyin.

ÖDEM

Kalbinizin sağ tarafındaki sorun nedeniyle kanın yeterli pompalanamaması sonucu sıvı bacaklarda birikir.

Sıvının ayaklarda birikmesi sonucu: ayaklarda, topuklarda ve bacaklarda şişlik ve ayaklarda ağrı oluşur.



SEMPTOM	SEMPTOMUN NEDENİ
Ödem	➤ Vücutta fazla sıvının olması ➤ Sıvı alımına dikkat edilmemesi ➤ Tuz kısıtlamasına uyulmaması ➤ Tedavinin etkili uygulanmaması



KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

Ödem yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Ödem	➤ Ayak bileklerinizde ödem olup olmadığını kontrol edin. ➤ Günlük sıvı alımınızı değerlendirin. ➤ İdrara çıkma durumunuzu değerlendirin, aldığınız ve çıkardığınız sıvıların dengesini değerlendirin. ➤ O gün idrar söktürücü ilacınızı alıp almadığınızı değerlendirin. ➤ Tuz kısıtlamasına uyup uymadığınızı değerlendirin. ➤ O gün ölçtüğünüz kilonuz ile bir önceki günkü kilonuz arasındaki farkı değerlendirin. ➤ O gün değerlendirdiğiniz ödem ile bir önceki gün değerlendirdiğiniz ödemi karşılaştırın. ➤ Kilonuzda haftada bir-iki kilodan fazla artış ve ödemde artış varsa ekstra bir tane idrar söktürücü ilacınızdan kullanın. ➤ Ayaklarınızı kalp seviyesinden yukarıda kalacak şekilde yükselterek istirahat edin. ➤ Oturur pozisyonda kalırken ayaklarınızı aşağıya doğru sarkıtmayın.

HALSİZLİK/YORGUNLUK/ÇABUK YORULMA

Kalbiniz normal şekilde kanı pompalayamadığında kan akımı yavaşlar.



Bu nedenle sıvı kan damarlarından dışarıya sızar.

Kalbinizin sol tarafında ki sorun nedeniyle kan yeterli pompalanamazsa sıvı akciğerlerde birikir.

Akciğerlerde biriken sıvı: nefes darlığı yaşamınıza ve buna bağlı olarak halsizlik/yorgunluk yaşamınıza neden olur



Vücudunuzun bazı bölümleri örn: kaslarınız yeterli derecede oksijenlenemez ve daha fazla oksijene gereksinim duyar. Bu durumda halsizlik/yorgunluk yaşamınıza neden olmaktadır.

SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Halsizlik, Yorgunluk, çabuk yorulma	• Vücutta fazla sıvının olması • Kalbinizin yeterli pompalama gücünün olmaması • Kansızlık • Fazla hareket • Kan basıncında değişim • Nabızda değişim

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

Halsizlik/yorgunluk/ çabuk yorulma yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Halsizlik, Yorgunluk, çabuk yorulma	➤ Günlük olarak yapmanız gereken aktiviteleri planlayın. ➤ Gün içinde yaptığınız aktiviteleri değerlendirin. ➤ Kendinizi yorgun hissettiğinizde dinlenin, diğer aktivitelerinize kendinizi iyi hissettiğinizde devam edin. ➤ Beslenmenize ve sıvı alımınıza dikkat edin. ➤ Kan basıncınızı günlük olarak kontrol edin. ➤ Nabzınızı günlük olarak değerlendirin.

ANİ KİLO ARTIŞI

Kalbiniz normal şekilde kanı pompalayamadığında kan akımı yavaşlar.

Bu nedenle sıvı kan damarlarından dışarıya sızar.

Kan damarlarından dışarıya sızan sıvı akciğerlerde , bacakta ve karında birikebilir

Sıvının böbrekler tarafından idrarla atılımı zorlaşır.

Bu durum kiloda artışa neden olmaktadır.



SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Ani kilo artışı	➤ Vücutta fazla sıvının olması ➤ Sıvı alımına dikkat edilmemesi ➤ Tuz kısıtlamasına uyulmaması ➤ Tedavinin etkili uygulanmaması

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

Ani kilo artışı yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Ani kilo artışı	➤ Kilonuzu günlük olarak değerlendirin. ➤ Kilo alımıyla birlikte ödeminizi de kontrol edin. ➤ Sıvı alımınızı kısıtlayın. ➤ Tuz kullanımının olup olmadığını değerlendirerek tuz alımını kısıtlayın. ➤ Haftada bir-iki kilodan fazla artış ve ödem varsa ekstra bir tane idrar söktürücü ilacınızdan alın.

ÖKSÜRÜK

Kalbiniz normal şekilde kanı pompalayamadığında kan akımı yavaşlar.

Bu nedenle sıvı kan damarlarından dışarıya sızar.



Kalbinizin sol tarafında ki sorun nedeniyle kan yeterli pompalanamazsa sıvı akciğerlerde birikir.

Akciğerlerde biriken sıvı:
öksürük ve hırıltılı solunuma neden olmaktadır.

SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Öksürük	• Kalbinizin yeterli pompalama gücünün olmaması • Akciğerlerde sıvı birikimi • Üst solunum yolları enfeksiyonu • Sigara kullanımı

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

Öksürük yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Öksürük	➤ Nefes alıp verirken hırıltılı solunum olup olmadığını kontrol edin. ➤ Sıvı alımınızı kısıtlayın. ➤ Hasta olmaktan kaçının. ➤ Öksürükle birlikte balgam olup olmadığını, balgam varsa rengini değerlendirin. ➤ Derin solunum egzersizleri yapın. ➤ Sigara kullanımından kaçının.

AĞRI

Kalbiniz normal şekilde kanı pompalayamadığında kan akımı yavaşlar.

Bu nedenle sıvı kan damarlarından dışarıya sızar.



Kalbinizin sol tarafında ki sorun nedeniyle kan yeterli pompalanamazsa sıvı akciğerlerde birikir.

Akciğerlerde biriken sıvı:
Nefes almada zorluk oluşturduğundan kalpte ağrı yaşamınıza neden olmaktadır.

SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Kalpte ağrı	• Kalbinizin yeterli pompalama gücünün olmaması • Nefes darlığı • Ödem • Akciğerlerde sıvı birikimi • Vücutta fazla sıvının olması • Stres yaşama

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

Göğüs ağrısı yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Kalpde ağrı	➤ Fazla hareket etmişseniz dinlenin. ➤ Derin nefes alma egzersizi uygulayın. ➤ Kalpte ağrı/sıkışma hissi yaşadığınızda kullanmanız için ilaç önerildiyse bu ilacı kullanın. ➤ Size önerilen ilacı aldıktan sonra ağrıda azalma olmazsa ve ağrının şiddeti artış gösteriyorsa hemen sağlık kuruluşuna başvurun. ➤ Stresten uzak kalın.

UYKUSUZLUK

Kalbiniz normal şekilde kanı pompalayamadığında kan akımı yavaşlar.



Bu nedenle sıvı kan damarlarından dışarıya sızar.

Kalbinizin sol tarafındaki sorun nedeniyle kan yeterli pompalanamazsa sıvı akciğerlerde birikir.



Akciğerlerde biriken sıvı:
nefes almada zorluk
oluşturduğundan
kalpte ağrı yaşamınıza neden
olmaktadır.

Nefes almakta yaşadığınız
zorlanma akciğerlerde
biriken sıvı yatar
pozisyonda daha da artış
gösterir.

SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Uykusuzluk	• Vücutta fazla sıvının olması • Kalbinizin yeterli pompalama gücünün olmaması • Nefes darlığı • Yatar pozisyonda nefes darlığının artması • Kan basıncı ve nabızda değişim • Diüretik kullanmaya bağlı gece sık idrara çıkma

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

Uykusuzluk yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Uykusuzluk	➤ Yatar pozisyonda uyuyamıyorsanız başınızı yükselterek (yarı oturur pozisyon) yatın. ➤ Oturur pozisyonda öne doğru eğilerek pozisyonunuzu yastıklarla destekleyin. ➤ Odanızın uyku öncesinde iyi havalandırılması önemlidir. ➤ Yatak odanızda canlı çiçeklerin bulunmamasına özen gösterin. ➤ Odanızın ısısını ayarlamanız gerekmektedir. Çok sıcak ve çok soğuk oda uykunuzun sürekliliğini bozar. ➤ Yatak odanızın sessiz olması uykunuzun sürekliliğinin sağlanması için önemlidir.

İŞTAHSIZLIK/BULANTI

Kalbinizin sağ tarafındaki sorun nedeniyle kanın yeterli pompalanamaması sonucu sıvı abdominal bölgede birikir.



Sıvı birikimi abdominal bölgede olduğunda iştahsızlık /bulantı görülmektedir.

SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
İştahsızlık, bulantı	➤ Karın bölgesindeki fazla sıvının mideyi etkilemesi

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

İştahsızlık/bulantı yaşadığımda neler yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
İştahsızlık, bulantı	➤ Karında şişlik olup olmadığını kontrol edin. ➤ Çok sıcak ve çok soğuk yiyeceklerden kaçının. ➤ Öğünlerinizde sevdiğiniz yiyecekleri tüketin. ➤ Yiyeceklerin baharatlı olmamasına dikkat edin. ➤ Acı, ekşi yiyecekleri tüketmeyin. ➤ Öğünlerinizi az ve sık olarak alın.

GECE UYKUDAN UYANDIRAN NEFES DARLIĞI

Kalbiniz normal şekilde kanı pompalayamadığında kan akımı yavaşlar.

Bu nedenle sıvı kan damarlarından dışarıya sızar.



Kalbinizin sol tarafında ki sorun nedeniyle kan yeterli pompalanamazsa sıvı akciğerlerde birikir.

Akciğerlerde biriken sıvı:
Nefes almada zorluk
oluşturmaktadır.

Nefes almada
zorlanma arttıkça
gece uykudan
uyandıran nefes
darlığı
yaşanabilmektedir.

SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Gece uykudan uyandıran nefes darlığı	➤ Akciğerlerde fazla sıvının olması ➤ Kalbin pompalama gücünün yeterli olmaması ➤ Yastık yüksekliğinin uygun ayarlanmaması ➤ Oda sıcaklığının fazla olması

KALP YETERSİZLIĞI EYLEM PLANIM

Gece uykudan uyandıran nefes darlığı olduğunda ne yapmalıyım?

SEMPATOM	SEMPATOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Gece uykudan uyandıran nefes darlığı	➤ Uyumadan önce oda sıcaklığını ayarlayın. ➤ Yastık yüksekliğini ayarlayın. ➤ Uyuyabilmek için kendinize uygun olan pozisyonu belirleyin. ➤ Uyku için genellikle tercih edilen pozisyonlar yarı oturur ya da sağ yan pozisyonudur.



KARINDA ŞİŞLİK

Kalbinizin sağ tarafındaki sorun nedeniyle kanın yeterli pompalanamaması sonucu sıvı abdominal bölgede birikir.

Sıvı birikimi abdominal bölgede olduğunda:özellikle batının sol tarafında şişlik ve hassasiyet gerçekleşir.

SEMPATOM	SEMPATOMUN NEDENİ
Karında şişlik	➤ Kalbin sağ tarafının pompalama gücünün yeterli olmaması

KALP YETERSİZLİĞİ EYLEM PLANIM

Karında şişlik yaşadığımda ne yapmalıyım?

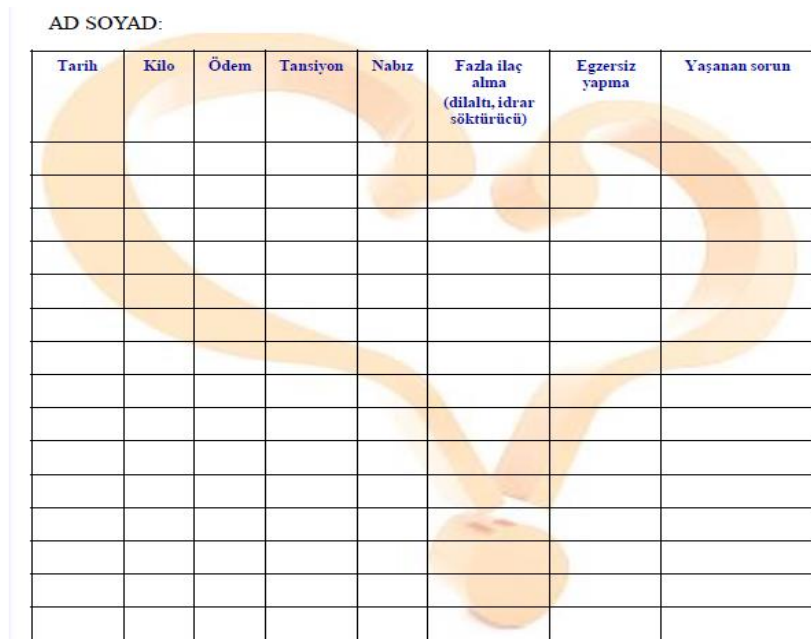
SEMPTOM	SEMPTOMUN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER
Karında şişlik	➤ Karın çevresini günlük olarak ölçün. ➤ Karın çevresinde değişiklik olup olmadığını kemerinizi bağladığınız seviyeyi izleyerek te takip edebilirsiniz. ➤ Sıvı alımınızı kısıtlayın.



**KALBİNİZİ KORUYUN
İÇİNDE
SEVDİKLERİNİZ
VAR!!!**

**KALP YETERSİZLIĞI İLE İLGİLİ BELİRTİLERİ
AZALTABİLMEK İÇİN**

Günlük olarak kilonuzu ölçün.
Günlük olarak ayaklarınızda ödem olup olmadığını kontrol edin.
Günlük olarak tansiyonunuzu ve nabzınızı ölçün.
Tuz içeriği yüksek besinleri tüketmeyin.
Sigara ve alkol kullanmayın.
İlaçlarınızı düzenli kullanın.
Hasta olmamak için önlemlerinizi alın.
Düzenli egzersiz yapın.
Aktivite ve dinlenme zamanlarınızı dengede tutun.
Kontrollerinizi düzenli olarak yaptırın.



EK 8. Telefon İzlem Yönergesi

TELEFONLA İZLEM YÖNERGESİ

MerhabaBey/Hanım, klinikte görüşmemizden/en son telefonla görüşmemizden bu yana nasılsınız?

- ❖ Kalp yetersizliği semptomlarından korunmak için izlemlerinizi düzenli yapabiliyor musunuz?
- ❖ Hangi izlemlerinizi düzenli yapıyorsunuz?
 - Kilo izlemi
 - Ödem kontrolü
 - Sıvı alımı
 - Tuz tüketimi
 - Egzersiz
- ❖ Son 15 gündür ilaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?
- ❖ Son 15 gündür kalp yetersizliği semptomları ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?
 - Nefes darlığı
 - Ödem
 - Öksürük
 - Halsizlik-yorgunluk
- ❖ Son 15 günde kilo ölçümünüz arasında fark var mı? Ne kadar fark var?
- ❖ Son 15 günde ödem arasında fark var mı?
- ❖ (Semptom yaşıyorsanız) Yaşadığınız sorunu çözmek için neler yaptınız?
- ❖ Sorunu çözmek için yaptıklarınız etkili oldu mu?
- ❖ Son 15gün içinde kalp yetersizliği semptomları nedeniyle hastaneye yatma/acil servise başvurma gerçekleşti mi?
- ❖ Sormak istediğiniz, yardımcı olmamı istediğiniz bir şey var mı?
- ❖ Sormak, danışmanlık almak istediğiniz bir sorunuz olursa bana bu numaradan ulaşabilirsiniz.

EK 9. Kalp Yetersizliği Olan Bireyi Tanılama Formu

Bireysel Özellikler:

Adı Soyadı:

Anket No:

Adres:

Tarih:

Telefon No:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın (.....) Erkek (.....)

Eğitim Durumu: İlköğretim(.....) Ortaöğretim (.....) Yükseköğretim (.....) Süresi:

Medeni durum: Evli(.....) Bekar (.....)

Gelir Durumu: Gelir giderden fazla() Gelir gidere eşit () Gelir giderden az ()

Çalışma Durumu: Çalışıyor (.....) Çalışmıyor (.....)

Birlikte Yaşanan Kişiler: Eşi ile birlikte () Yalnız() Çocuklarının yanında ()

Akrabalarının yanında () Diğer ()

Hastalığa ilişkin özellikler:

Kalp yetersizliği tanısının konulma tarihi:

Hastaneye yatma durumu: 0 - 3 ay: () Evet Tarih:----- ()Hayır

3 - 6 ay: () Evet Tarih:----- ()Hayır

Kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı

II () III ()

Ejeksiyon fraksiyon yüzdesi :

Diğer kronik hastalıklar:

EK 10. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi

Adı Soyadı:

Anket No:

Tarih:

Bu formu, en son konuştuğumuzdan bu yana veya geçen aya göre kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek doldurunuz.

BÖLÜM A:

Aşağıda, kalp yetersizliği olan hastalara verilen “**genel öneriler**” yer almaktadır. Siz bu önerileri **hangi sıklıkta** yapıyorsunuz?

Ne sıklıkta ---	Asla veya Nadiren	Bazen	Sıkça	Her zaman veya günlük olarak
1. Kilonuzu ölçersiniz?				
2. Ayak bileğinizde şişlik olup olmadığını kontrol edersiniz?				
3. Hasta olmaktan korunmaya çalışırsınız? (örn, grip aşısı, hasta insanlarla temastan kaçınmak)				
4. Fiziksel aktivite yaparsınız?				
5. Doktor ya da hemşire kontrolüne gidersiniz?				
6. Az tuzlu yiyecekler tüketirsiniz?				
7. Otuz dakika egzersiz yaparsınız?				
8. İlaçlarınızı almayı unutursunuz?				
9. Dışarıda veya ziyarete gittiğiniz yerlerde az tuzlu yiyecekler istersiniz?				
10. İlaçlarınızı almayı hatırlamak için bir yöntem kullanırsınız (İlaç kutusu gibi)				

BÖLÜM B:

Birçok hasta kalp yetersizliği nedeniyle belirtiler yaşar. Nefes alıp vermede zorlanma, ayak bileklerinde şişme kalp yetersizliğinin sıkça rastlanan belirtileridir. Geçen ay, nefes alıp vermekte zorlandınız mı veya ayak bileğinizde şişlik oldu mu? Birini işaretleyin.

0) Hayır

1) Evet

11. Eğer geçtiğimiz ay içerisinde nefes alıp vermekte sıkıntı yaşadysanız veya ayak bileğinizde şişlik olduysa...

Bu belirtiler olmadı	Fark etmedim	Fazla Hızlı Değil	Biraz Hızlı	Hızlı	Çok Hızlı
Bunun kalp yetersizliğinin bir belirtisi olduğunu ne kadar hızlı fark ettiniz?					

Aşağıda, kalp yetersizliği olan hastaların kullandıkları çözüm yolları verilmiştir. Eğer nefes alıp vermekte zorlanırsanız veya bileğinizde şişme olursa, bu çözüm yollarını uygulama olasılığınız nedir?

Düşük	Biraz	Olası	Yüksek
12.Yemeklerde tuzu azaltmak			
13.Sıvı alımını azaltmak			
14.Ekstra bir idrar söktürücü almak			
15.Rehberlik için doktorunuzu veya hemşirenizi aramak			

16. En son nefes alıp vermede sıkıntı veya ayak bileğinizde şişlik yaşadığınızda denediğiniz bir çözüm yolunun yararlı olup olmadığı konusunda ne kadar eminsiniz (bir rakam işaretleyin)

Hiçbir şey denemedim	Emin değilim	Biraz Eminim	Eminim	Oldukça Eminim

BÖLÜM C:

Genel olarak, aşağıdakileri yapabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

	Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim	Son Derece Eminim
17.Kalp yetersizliği belirtilerinden korunabilme				
18.Size verilen tedavi önerilerini uygulayabilme				
19. Belirtilerinizin ciddiyetini değerlendirebilme				
20. Sağlık durumunuzda değişiklik olduğunda fark edebilme				
21. Belirtilerinizi azaltacak bir şeyler yapabilme				
22.Yaptıklarınızın yararlı olup olmadığını değerlendirebilme				

EK 11. Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği (LVD-36)

Adı Soyadı:

Anket No:

Tarih:

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

Kalp hastalığım nedeniyle	Doğru	Yanlış
1. Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetciyim		
2. Bulantıdan şikayetciyim		
3. Bacaklarımdaki sisliklerden şikayetciyim		
4. Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağından korkuyorum		
5. Çok is yaptığımda nefes darlığı olacağından 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 olacakmış gibi geliyor		
25.Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum)		
26.Yaşamımı kontrol edemiyorum		
27.Yasamdan 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.Yasam 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 12. Niceliksel Çalışma Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ben,, katılamam istenen çalışmanın kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

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

İmza:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

Dilek Sezgin*, Hatice Mert**

Öz

Kalp yetersizliği sıklıkla günlük yaşamı olumsuz etkileyebilen nefes darlığı, ödem, göğüs ağrısı gibi semptomlarla seyreden, yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip, önemli bir sağlık sorunudur. Kalp yetersizliği olan bireylere etkin hemşirelik bakımı uygulandığında semptomlar önlenerek bireylerin günlük yaşam aktiviteleri geliştirilebilir ve yaşam kalitesi yükseltilebilir. Bu bağlamda kalp yetersizliği olan bireylerin bakım uygulamalarının kanıta dayalı olması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetersizliği, Kanıta Dayalı Bakım, Kanıta Dayalı Hemşirelik, Hemşirelik.

Abstract

Evidence Based Approach In Nursing Care Of Patients With Heart Failure

Heart failure characterized by symptoms such as shortness of breath, edema, chest pain, can adversely affect everyday life with high mortality and morbidity rates, is an important health problem. When implementing effective nursing care activities to people with heart failure, prevents the symptoms and improve daily living and quality of life. In this context, it is important to be evidence-based care for people with heart failure.

Key Words: Heart Failure, Evidence Based Care, Evidence Based Nursing, Nursing.

Geliş tarihi: 20.11.2014 Kabul tarihi: 10.04.2015

Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standartlaştırmak açısından önem taşımaktadır. Hemşireler her ortamda bireyin, ailenin, toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerini belirler. Belirlenen gereksinimler çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler (Kocaman 2003). Kalp yetersizliği (KY) olan bireyin hemşirelik bakımı, kanıta dayalı uygulamanın önemli olduğu alanlardan biridir. Bu makalenin amacı kalp yetersizliği olan bireylerde nonfarmakolojik yaklaşımlara ilişkin kanıta dayalı bilgileri sunmaktır.

Kalp Yetersizliği Tanımı

Kalp yetersizliği normal dolum basınçlarına rağmen kalbin, dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak, yapısal veya işlevsel bozukluktur (McMurray ve ark., 2012). Amerika Kalp Birliği (American Heart Association, AHA) 2013 Kalp Yetersizliği Kılavuzu'nda kalp yetersizliği, ventriküler dolum ya da kanın pompalanmasında yapısal ve fonksiyonel bozukluğa neden olan kompleks klinik bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Yancy ve ark., 2013).

Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliği sık görülen, görülme sıklığı her geçen yıl artan, yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip önemli bir sağlık problemidir (Rosamond ve ark., 2007). AHA Kalp Hastalıkları ve İnme 2015 İstatistikleri'ne göre Amerika'da yaklaşık 20 yaş üzerinde 5.7 milyon kalp yetersizliği hastası bulunmakta ve her yıl 870.000 yeni tanı eklenmektedir (Mozaffarian ve ark., 2015). Kalp yetersizliği tanı alma oranının 2030 yılında %46 artacağı öngörülmektedir (Go ve ark., 2014; Mozaffarian ve ark., 2015). Kalp yetersizliği nedeniyle 58309 ölüm olduğu, 1 023 000 hastaneye yatış olduğu belirtilmiştir (Mozaffarian ve ark., 2015). Türkiye'de de kalp yetersizliği önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte, Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri araştırmasının so-

nuçlarına göre yaklaşık üç milyon kalp yetersizliği hastasının bulunduğu belirtilmektedir. (HAPPY 2007). Kalp yetersizliğinin prevalans/insidans/mortalite ve maliyet oranlarına bakıldığında semptomların önlenmesine yönelik bakım ve yönetimin sağlanması kalp yetersizliği tedavisinin temelini oluşturmaktadır (Dickson 2007).

Bu makalede kalp yetersizliği olan bireylerde nonfarmakolojik yaklaşımlara ilişkin Amerika Kalp Birliği (AHA), Avrupa Kalp Birliği (European Society of Cardiology, ESC), Amerika Kalp Yetersizliği Birliği (Heart Failure Society of America, HFSA) ve Kanada Kalp Birliği (Canadian Cardiovascular Society, CCS) kılavuzlarının da yer alan kanıta dayalı öneriler sunulmuştur.

Semptomların Tanınması ve İzlemi

Kalp yetersizliği olan bireylerin evdeki yaşantılarında semptomlarını izlemeleri ve durumlarını değerlendirmeleri hastalığın yönetiminde büyük önem taşımaktadır (Howlett, ve ark., 2010; Riegel ve ark. 2009). Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylerin semptom yaşadıklarında bu semptomla ilişkin tıbbi yardım aramayı erteledikleri belirtilmiştir. Tedavi aramaya ilişkin bu ertelemenin nedenleri arasında hastaların günlük olarak semptomlarını izlememeleri ve yetersizlik oluştuğunda bu durumu erken fark edememeleri olarak bildirilmiştir (Artinian 2002; Evangelista, Dracup ve Doering, 2000; Parshall ve ark., 2001). Kalp yetersizliği olan bireyler düzenli olarak sıvı retansiyonu, nefes darlığı ve yorgunluk gibi kalp yetersizliğine yönelik erken semptomları izleyebilmelidir (Kettler, Sawyer, Winefield ve Greville 2002). Ancak hastaların çok azı kilo artışının önemli bir sorun olduğunu bilmektedir. Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylerin yarısından daha azının günlük olarak kilo izlemi yaptığı belirtilmiş, bireylerin hastaneden çıktıktan sonra bile çok azının günlük olarak kilosunu izlediği ifade edilmiştir (Moser, Doering ve Chung 2005). Kalp yetersizliği olan bireyler kilo izlemi ile ilgili yanlış anlamalar yaşayabilmektedir. Kilo ölçümünün amacı adipoz dokuyu değerlendirmek değil, vücuttaki sıvı durumunu değerlendirmektir (Riegel ve Carlson, 2002). Kalp yetersizliği olan bireyler yaşadıkları dispne ve ödemle kilo artışını ilişkilendirmekte sıkıntı yaşamaktadırlar (Webel, Frazier, Moser ve Lennie 2007).

*Öğr. Gör. DEÜ Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD. dileksezzgin@hotmail.com

**Doç. Dr. DEÜ Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Bu nedenle hastalara günlük kilo takibinin önemi anlatılmalı, her gün kahvaltıda önce, aç karnına, aynı giysi ve aynı tartı ile tartılması gerektiği, günde bir-iki kg ya da haftada üç-beş kg alması durumunda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği söylenmelidir.

Aktivite ile birlikte oluşan yorgunluk ve dispne gibi erken semptomlar genel olarak belirsiz ve non spesifikler. Bu nedenle yaşanan semptomların kalp yetersizliği ile ilgili olduğunu tanımlamayı engelleyebilir. Özellikle yaşlılar bu yaşadıkları semptomları artan yaşları ile bağdaştırılmaktadırlar (Jurgens, Hoke, Byrnes ve Riegel 2009).

Hemşireler kalp yetersizliği olan bireylere evde semptomlarını izlemeleri konusunda eğitim vermeli, evde semptom izlemeyi kolaylaştıracak yönergeler sunmalıdır. Hastaya sodyum ve sıvı alımını kontrol etmesini öğretmek, günlük kilo izlemeyi yapmasını öğretmek, kalp yetersizliği semptom alevlenmesi yaşadığının farkına varmasını sağlamak, hastanın diüretik dozunun ayarlanması hastaların ısrarlı sıvı retansiyonunu önleme ve klinik stabilite için önemlidir (Howlett ve ark., 2010). Semptomların tanınması ve izlenmesine ilişkin öneriler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tuz Kullanımı / Kısıtlaması

Kalp yetersizliği olan bireylere diyetle sodyum kısıtlaması çeşitli kılavuzlarda önerilmektedir, ancak sodyum alımına ilişkin önerilerde ve kullanılan terminolojide (tuz, sodyum, sodyum klorür gibi) çelişkiler bulunmaktadır (Arnold ve ark., 2008; Dickstein ve ark., 2008; Jessup ve ark., 2009; Lindenfeld, ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2013). Gözlemsel çalışmalarda diyetle sodyum alımı ile sıvı retansiyonu arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş, bu durumun hastaneye yatma için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Arcand ve ark., 2011; Lennie ve ark., 2011).

Bazı çalışmalarda kalp yetersizliğinde sodyum kısıtlaması ile nöro hormonal aktivitenin bozulduğu ifade edilmektedir. Kalp yetersizliği olan bireyler ile sağlıklı bireyler karşılaştırıldığında kalp yetersizliği olan bireylerin nöro hormonal aktiviteleri sağlıklı kişilere göre bozulmuş durumdadır. Ancak sodyum kısıtlamasının nöro hormonal aktiviteye etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır (Yancy ve ark., 2013). Kalp yetersizliğinin tipi (korunmuş ejeksiyon fraksiyon (EF), düşük EF), şiddeti New York Kalp Birliği Fonksiyonel Sınıflaması (New York Heart Association, NYHA Evresi), kalp yetersizliği ile ilişkili komorbidite gibi birçok faktörün varlığı nedeniyle kalp yetersizliği olan bireylere net tuz/sodyum alım miktarının belirlenemediği ifade edilmektedir. Sodyum alımı ile hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi ve kardiyovasküler hastalıkların birbirini etkilemesi nedeniyle AHA sınıflandırmasına göre A ve B düzeyindeki kalp yetersizliği olan bireylerin sodyum alımı 1500 mg/gün uygun görülmektedir (Cook ve ark., 2007; Gupta, ve ark., 2012; Strazzullo, D'Elia, Kandala ve Cappuccio 2009). Ancak C ve D düzeyindeki kalp yetersizliği olan bireylerin alması gereken günlük miktarın belirlenebilmesi için yeterli veri bulunmadığı belirtilmektedir. Genel popülasyona bakıldığında sodyum alımı yüksek düzeydedir (dört gr/gün). Bu durum göz önüne alarak C ve D düzeyindeki kalp yetersizliği olan bireylere ortalama bir sodyum kısıtlaması önerilmektedir (Yancy ve ark., 2013).

Amerika Kalp Birliği Beslenme Kılavuzunda günlük sodyum alımının 2.3 gramı geçmemesi gerektiği, AHA kılavuzlarında kalp yetersizliği olan bireylerin iki-üç gr

sodyum alması gerektiği belirtilmiştir. ESC 2008 kılavuzunda tuz kısıtlamasına ilişkin kanıtlara yer verilmesine karşın 2012 güncellemesinde tuz kısıtlamasının etki ve güvenliği tartışmalı olarak belirtilmiştir. (Dickstein ve ark., 2008; Jessup ve ark., 2009; Lichtenstein ve ark., 2006; McMurray ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2013). Günlük 2.3 gr sodyum alımı durumu stabil olmayan ya da semptom yaşama nedeniyle hastaneye yatmış kişiler için önerilebilir, ancak tedavi rejimiyle durumu stabil olan ve yüksek sodyum alımını tolere edebilen hastalarda düşük sodyum alımına agresif geçiş önerilmemektedir. Bu nedenle sodyum alımı kalp yetersizliği olan bireye özgü olarak düzenlenmelidir (semptom şiddeti, hastalığın durumu...) (Riegel ve ark., 2009).

Kalp yetersizliği olan bireyler düşük sodyum içerikli diyetle uyma konusunda zorluklar yaşamaktadır. Yapılan bir çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin günlük sodyum alımlarının 1398-5807 mg arasında olduğu ve %58 oranında bireyin günlük iki gr üzerinde sodyum aldığı belirtilmiştir (Lennie, Moser, Habash, Trupp ve Chung, 2003). Bu nedenle hemşirelerin kalp yetersizliği olan bireylere sodyum kısıtlaması konusunda bilgi vermesi önemlidir. Tuz kullanımına ilişkin öneriler Tablo 2'de yer almaktadır.

Sıvı Alımı / Kısıtlaması

Sıvı alımına ilişkin yanlış inançlar olabilmektedir. Birçok kalp yetersizliği olan birey sıvı alımının yararlı olduğunu algılamaktadır (Grady ve ark., 2000; Ni ve ark., 1999; Riegel ve Carlson 2002). Bu yanlış algı, genel olarak yaşlılara hasta olduklarında sıvı alımını arttırmaları önerildiği için gelişmiş olabilir (Riegel ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada ani kilo artışı olan kronik KY hastalarının yalnızca %44'ünün kilo artışına yanıt olarak sıvı alımını azalttığı belirtilmiştir (Carlson, Riegel ve Moser, 2001).

ESC 2012 kılavuzunda aşırı sıvı alımının önlenmesi gerektiği, ciddi kalp yetersizliği olan hastalarda günde 1.5-2 lt sıvı kısıtlamasının belirtileri ve konjesyonu azaltmak için uygulanabileceği, hafif ve orta derecede semptomatik hastalarda rutin sıvı kısıtlamasının yarar sağlamadığı belirtilmiştir. Hastanın durumuna göre kiloya göre sıvı kısıtlaması (30 ml/kg; eğer >85 kg ise 35 ml/kg) yapılabileceği bildirilmiştir (McMurray ve ark., 2012). Sıvı alımının düzende tutulması özellikle şiddetli hiponatremisi olanlar, tuz kısıtlamasına rağmen sıvı retansiyonu olanlar ve diüretik kullananlar için önem taşımaktadır (Dickstein ve ark., 2008; Jessup ve ark., 2009; Lindenfeld ve ark., 2010). Sıvı alımına ilişkin öneriler Tablo 3'te yer almaktadır.

Kilo Kontrolü

Genel olarak obezite sağlıklı yaşam için uygun görülmez ve birçok sağlık profesyoneli kilo vermenin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Riegel ve ark., 2009). Beden kitle indeksinin 30kg/m² ve üzerinde olması obezite olarak tanımlanmaktadır (Yancy ve ark., 2013). Ancak kalp yetersizliği olan bireylerde diyet uygulanması zararlı olabilmektedir (Kenchaiah, Gaziano ve Vasan 2004). Yapılan bir çalışmada beden kitle indeksi 30-35kg/m² arasında olan kalp yetersizliği olan bireylerin, beden kitle indeksi normal sınırdaki olanlara göre mortalite oranının daha düşük ve hastaneye yatış sayısının daha az olduğu belirtilmiştir (Kenchaiah ve ark., 2002).

Kalp yetersizliği olan bireylerde kilo kaybı kaşeksiyi düşündürmektedir. Kardiyak kaşeksi kötü prognozunu belirteçlerindendir (Pasini, Opasich, Pastoris ve Aquilani 2004; Riegel ve ark., 2009; Yancy ve ark., 2013). Bu durum

kalp yetersizliği açısından komplikasyonlara yol açabilmektedir. Kardiyak kaşeksi prevalansı NYHA II-IV evreleri arasında %8-15 hastada görülebilmekte, yaklaşık olarak ilerlemiş kalp yetersizliği hastalarının %10'unda kardiyak kaşeksiye rastlanmaktadır (Riegel ve ark. 2009). Bunun yanında morbid obezite durumu da semptomların yaşanmasına neden olabilmektedir (Yancy ve ark., 2013).

Kilo kontrolü konusu tartışmalı bir konu olmakla birlikte kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksinin belirlenmesi ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır. (Yancy ve ark., 2013). Kilo kontrolüne ilişkin öneriler Tablo 4'te yer almaktadır.

Sigara / Alkol Kullanımı

Nikotin, vazokonstriktör ve proinflatuar aktivitesi olan bir maddedir (Azhar ve Wei, 2006; DiFranza ve Wellman, 2007). Sigara içmek kardiyovasküler hastalık için bilinen bir risk faktörüdür. Kalp yetersizliği bulunan bireylerde sigarayı bırakmanın etkilerini ileriye dönük olarak değerlendiren çalışmaya ulaşılamamıştır.

Alkol negatif inotropik etkiye sahiptir ve kan basıncında artışa, aritmiye neden olabilir. Ayrıca alkol alımı kardiyomiyopatiye zemin hazırlaması, vitamin yetersizliği gibi beslenmeye olumsuz etkilerinin olması, karaciğere toksik etki yapması ve diğer organ hasarlarına yol açması nedeniyle sınırlandırılmalıdır (Riegel ve ark., 2009). Kılavuzlarda alkol alımının günlük olarak erkeklerde bir-iki kadeh şarap, kadınlarda günlük bir kadeh şarapla sınırlandırılması önerilmektedir (Lindenfelt ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012; Yancy ve ark., 2013). Sigara / alkol kullanımına ilişkin öneriler Tablo 5'te yer almaktadır.

Aktivite / Egzersiz

Egzersiz kalp yetersizliği olan bireylerde maksimal oksijen tüketim düzeyini artırır, kalbin kasılma gücünü artırır ve kan akımını hızlandırır. Kalp yetersizliği olan bireylerde yaygın olarak görülen depresyonu azaltır (Riegel ve ark., 2009). Kalp yetersizliği olan bireylerin egzersiz yapmasının yararlılığı konusunda kanıt değeri olmasına karşın çok az oranda egzersiz uygulanmaktadır (Artinian, Magan, Sloan ve Lange, 2002). Kalp yetersizliği olan bireyler için evrensel olarak önerilen bir egzersiz çeşidi bulunmamaktadır, ancak farklı çalışmalarda egzersiz çeşitleri belirtilmiştir (Moe ve ark., 2014; Riegel ve ark., 2009). Yapılmış çalışmalara göre egzersiz programı ve fiziksel aktivite yönetimi sistolik disfonksiyon yönünden stabil hastalara uygulanmalıdır. Hastaların altı hafta boyunca NYHA sınıflaması değişmezse, hastaneye yatışı olmazsa ve major kardiyovasküler olay gerçekleşmezse stabil olarak kabul edilmektedir (Moe ve ark., 2014).

2331 hastaya uygulanan uzun dönem egzersiz programının etkisini değerlendiren randomize kontrollü bir çalışmada kardiyovasküler sonuçlar, egzersizin bu hasta grubu için güvenli olup olmadığı ve ejeksiyon fraksiyon (EF) yüzdesine etkisi değerlendirilmiş, çalışma sonucunda mortalite ve hastaneye yatış oranında azalma olmadığı, uygulanan egzersiz programının hastalar için güvenli bulunduğu, yan etkiye rastlanmadığı belirtilmiştir (O'Connor ve ark., 2009). Yaşlı, kalp yetersizliği olan bireylerin egzersiz programını kabul etmede istekleri azdır. Bunun nedenleri arasında sağlık profesyonellerinin yaşlıları egzersiz yapma konusunda cesaretlendirmemesi ve egzersiz programlarının etkisi, güvenliği konusunda net bilgilerin olmaması yer almaktadır. Yaşlı 71-90 arasında değişen kalp yetersizliği olan yaşlı bireylere uygulanan

egzersiz girişimleri ile ilgili yapılmış 47 randomize kontrollü çalışmanın derlendiği bir sistematik derlemede çok bileşenli (dayanıklılık, direnç ve denge) egzersizlerin bu hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı ve fonksiyonel sonuçları geliştirdiği belirtilmiştir (Theou ve ark., 2011). Üç-beş gündür istirahat veya efor dispnesi ya da egzersiz toleransında kötüleşme olması, kontrol edilemeyen diyabet, akut sistemik hastalık veya ateş, yeni geçirilmiş emboli, tromboflebit, aktif perikardit veya miyokardit, orta veya şiddetli aort stenozu, cerrahi gerektiren kapak hastalığı, önceki üç hafta içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü ve yeni başlangıçlı atriyal fibrilasyon durumlarında egzersiz kontrendike olarak bildirilmiştir (Piepoli ve ark., 2011; Working Group Report on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology, 2001). Aktivite / egzersize ilişkin öneriler tablo 6'da yer almaktadır.

Hastalıklardan Korunma, Bağışıklama

Rutin olarak el yıkama, dış sağlığının korunması ve düzenlenmiş aşılama programı, kalp yetersizliği olan bireylerde doku iskemisine neden olan enfeksiyonlardan korunmada önem taşımaktadır. Kalp yetersizliği olan bireyler influenza nedeniyle hastaneye yatma açısından risk altındadır. Bu risk influenza aşılması yapılarak en aza indirebilir. Kalp yetersizliği olan bireyler influenza virüs hastalığının kalp yetersizliği semptomlarını kötüleştirilebileceğini bilmektedir. Kış ayları boyunca kalp yetersizliği olan bireylerin sonuçlarını pnömوني aşılması da etkilemektedir (Riegel ve ark., 2009). Hastalıklardan korunma-bağışıklamaya ilişkin öneriler Tablo 7'de yer almaktadır.

Tıbbi Tedaviye Uyum

Tedaviye ilişkin uyum davranışları, ilaçları düzenli olarak almak için yapılan planlama ve karar verme sürecini içerir (Riegel ve ark., 2009; WHO 2003). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum oranlarının %50'nin altında olduğu belirtilmiştir (WHO 2003). Literatürde kalp yetersizliği olan bireylere önerilen farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviye uyumlarının %20-60 arasında olduğu ifade edilmektedir (Evalingesta ve Dracup, 2000; Van Der Wal, Jaarsma ve Van Veldhuisen, 2005). Avrupa kalp yetersizliği araştırması verileri, hastaların büyük bir bölümünün ilaçları nasıl kullanacakları ve diyet konusunda kendilerine bildirilen önerileri yanlış anladıkları ya da hatırlamakta güçlük çektikleri belirtilmektedir (Lainscak, ve ark., 2007). Ayrıca tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında taburculuk eğitiminde anlaşılmayan durumların olması, farklı hekimlerin bilgilendirmeleri sonucu kargaşa yaşama, tedavi giderlerinin yüksek olması, ilaçların yan etkilerine ilişkin kaygıların olması yer almaktadır (Moser, Doering ve Chung, 2005).

Hastalar tıbbi tedavilerine ilişkin, özellikle de tedavinin etkileri, yan etkileri ve ilaçların nasıl alınacağı ve dozun nasıl yükseltileceği konularında yeterli bilgiye sahip olmadıkları Sağlık çalışanlarıyla hastalar arasında güçlü bir ilişki olmasının ve hastaların aktif bir sosyal ilişki ağından yeterli destek görmesinin tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Aile üyelerinin eğitim programlarına, tedavi ve bakım konusundaki kararlara katılması önerilmektedir (WHO 2003).

Hemşirelerin kalp yetersizliği olan bireylerin tedaviye uyumlarını sağlamada önemli bir yeri vardır. Kalp yetersizliği olan bireylere uygulayacakları destekleyici eğitimsel

yaklaşımlarla ve motivasyonu sağlayacak teknikler kullanarak uyum düzeyini arttırabilirler.

Kalp Yetersizliğinde Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, bireylerin semptomlarını tanıyabilmesi için yapılması gereken girişimlerin temelini oluşturmaktadır. Araştırmacılar genel olarak öz-bakım sağlanmasındaki eksikliklerin bilgi eksikliğinden kaynaklandığını varsaymaktadır. Bu varsayım ile hastaların günlük izlemlerini yapacakları, ani kilo artışı gibi bilgileri hastaneye yatıştan korunmak için eksiksiz bildirecekleri düşünülmektedir. Ancak, çok az sayıda hasta semptomlarını günlük olarak düzenli izlemektedir ve kalp yetersizliği olan bireyler yaşadıkları semptomları yorumlamada belirsizlik yaşamaktadırlar (Carlson, Riegel ve Moser, 2001; Ni ve ark., 1999). Kalp yetersizliği olan bireyler hastalıkları ile yaşamı yönetebilmeleri için kalp yetersizliği bakım ve tedavisine ilişkin eğitilmelidir. Kılavuzlarda kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını sağlamayı geliştirmek için spesifik eğitim almaları gerektiği belirtilmiştir. Kalp yetersizliği hastalarına uygulanan eğitimsel girişimlerin değerlendirildiği 35 çalışmayı içeren bir sistematik derlemede yapılan girişimlerin bilgi düzeyi, kendini izlem düzeyi, tedaviye uyum, hastanede kalış süresi, hastaneye yatma sıklığını etkilediği belirtilmiştir (Boren, Wakefield, Gunlock ve Wakefield 2009). Hasta eğitimine ilişkin öneriler Tablo 8'de yer almaktadır.

Bireylerin eğitimlerinin sağlanmasında sağlıkla ilgili davranışların geliştirilebilmesi için sağlık profesyonellerinin yapabileceği kanıta dayalı girişimler bulunmaktadır. Bu girişimlerin uygulanarak kalp yetersizliği olan bireylerin eğitimlerinin sağlanması bakımın kalitesini yükseltecektir. Bu girişimler ve kanıt düzeyleri Tablo 9'da verilmiştir.

Kalp yetersizliği olan bireylerin eğitimi gereklidir, hasta sonuçlarını geliştirir, ancak her zaman yeterli olmayabilir (Yancy ve ark., 2013). Telefonla ya da internet aracılığıyla sağlık profesyonellerinin hastalarla iletişim kurması kalp yetersizliği hastalarının hastaneye yatışlarının önlenmesinde önemli bir girişimdir. Kalp yetersizliği hastalarına bakım sağlayan kişilerle iletişim kurmak hastalık yönetim programlarının etkinliği açısından önemlidir (Howlett ve ark., 2010). Bu nedenle kalp yetersizliği olan bireylerin çoklu yöntemler birlikte kullanılarak izlenmesi hastaların hastalıklarıyla yaşamayı öğrenmesinde daha etkili olmaktadır.

Multidisipliner Yaklaşım

Kalp yetersizliği olan bireylerin bakımında multidisipliner yaklaşım önem taşımaktadır. Kalp yetersizliği olan bireylerin tedavi ve bakımına yönelik yayınlanan kılavuzlarda multidisipliner yaklaşımların tedavi sonuçlarını geliştirdiği belirtilmiştir (Howlett ve ark., 2010; McMurray ve ark., 2012). Multidisipliner yaklaşımlara ilişkin öneriler Tablo 10'da yer almaktadır.

Sonuç

Kalp yetersizliğine yönelik non-farmakolojik yaklaşımlara ilişkin bazı öneriler tartışmalı ve uzman görüşüne dayanmaktadır. Hemşirelerin kalp yetersizliği olan bireylerin bakımı ile ilgili yapılacak kanıt çalışmalarına destek vermesi önem taşımaktadır. Kalp yetersizliği tedavi ve yönetiminin sağlanmasına yönelik bakım sağlamada oluşturulan standartlardan yararlanılması bakımın kalitesini ve hasta sonuçlarını olumlu etkileyecektir.

Kaynaklar

- Arcand J., Ivanov J., Sasson A., Floras V., Al-Hesayen A., Azevedo E.R. et al. (2011). A high-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: a prospective follow-up study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 93:332-7.
- Arnold J.M.O., Howlett J.G., Ducharme A., Ezekowitz J.A., Gardner M.J., Giannetti N. et al. (2008). Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference guidelines on heart failure 2008 update: Best practices for the transition of care of heart failure patients, and the recognition, investigation and treatment of cardiomyopathies. *Canadian journal of cardiology*; 24:1, 21-40.
- Artinian N.T., Magnan M., Sloan M., Lange M.P. (2002). Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung*. 31:161-172.
- Artinian N.T., Fletcher G.F., Mozaffarian D., Kris-Etherton P., Van Horn L., Lichtenstein A.H., et al. (2009). On behalf of the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 122:406-441.
- Azhar G., Wei J.Y. (2006). Nutrition and cardiac cachexia. *Current Opinion of Clinical Nutrition Metab Care*, 9:18 - 23.
- Boren S.A., Wakefield B.J., Gunlock T.L., Wakefield D.S. (2009). Heart failure self-management education: A systematic review of the evidence. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 7:159-68.
- Carlson B., Riegel B., Moser D.K. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung*, 30:351-359.
- Cook N.R., Cutler J.A., Obarzanek E., Buring J.E., Rexrode K.M., Kumanyika S.K. et al. (2007). Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*, 334:885-8.
- Dickson V.V. (2007). A mix methods study investigation biobehavioral variables that influence self care management in persons with heart failure. Faculties of the University of Pennsylvania. ProQuest information and learning company
- Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G., McMurray J.J.V., Ponikowski P., Poole-Wilson P.A. et al. (2008). Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, Suppl 3, 47-101.
- DiFranza J.R., Wellman R.J. (2007). Sensitization to nicotine: How the animal literature might inform future human research. *Nicotine Tobacco Researches*, 9:9 -20.
- Evangelista L.S., Dracup K., Doering L.V. (2000). Treatment-seeking delays in heart failure patients. *J Heart Lung Transplant*. 19:932-938.
- Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., Benjamin E.J., Berry J.D., Blaha M.J. et al. (2014). Heart Disease and Stroke Statistics 2014 Update A Report From the American Heart Association *Circulation* 129: 28-292.
- Grady K.L., Dracup K., Kennedy G., Moser D.K., Piano M., Stevenson L.W., Young J.B. (2000). Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation*, 102:2443-2456.
- Gupta D., Georgiopoulou V.V., Kalogeropoulos A.P., Dunbar S.B., Reilly C.M., Sands J.M. et al. (2012). Dietary sodium intake in heart failure. *Circulation*. 126:479-85.
- Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey; Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması (HAPPY, 2007).
- Howlett J.G., McKelvie R.S., Costigan J., Ducharme A., Estrella-Holder E., Ezekowitz J.A. et al. (2010). The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the

- diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. *Canadian Journal of Cardiology*, 26(4):185-202.
- Jessup M., Abraham W.T., Casey D.E., Feldman A.M., Francis G.S., Ganiats T.G. 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. *Circulation*, 119:1977-2016.
- Jurgens C.Y., Hoke L., Byrnes J., Riegel B. (2009). Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nursing Research*, July/August, 58: 4, 274-282.
- Kenchaiah S., Gaziano J.M., Vasan R.S. (2004). Impact of obesity on the risk of heart failure and survival after the onset of heart failure. *Medical Clinics of North America*, Sep, 88(5):1273-94.
- Kenchaiah S., Evans J.C., Levy D., Wilson P.W.F., Benjamin E.J., Larson M.G. et al (2002). Obesity and the risk of heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 347:305-13.
- Kettler L.J., Sawyer S.M., Winefield H.R., Greville H.V. (2002). Determinants of adherence in adults with cystic fibrosis *Thorax*, 57(5) 459- 64.
- Kocaman G., (2003). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* (2) 61-69.
- Lainscak M., Cleland J.G., Lenzen M.J., Nabb S., Keber J., Follath F., Komajda M., Swedberg K. (2007). Recall of lifestyle advice in patients recently hospitalised with heart failure: a EuroHeart Failure Survey analysis. *European Journal of Heart Failure*, 9:1095-1103.
- Lennie T., Moser D., Habash D., Trupp R., Chung M. (2003). Nutritional adequacy of low sodium diets in patients with heart failure. *Circulation*, 108(suppl IV):IV-503. Abstract.
- Lennie T.A., Song E.K., Wu J.R., Chung M.L., Dunbar S.B., Pressler S.J., Moser D.K. (2011). Three gram sodium intake is associated with longer event-free survival only in patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 17:325-30.
- Lichtenstein A.H., Appel L.J., Brands M., Carnethon M., Daniels S., Franch H.A. et al. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006. A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*, 114:82-96.
- Lindenfeld J.A., Albert N.M., Boehmer J.P., Collins S.P., Ezekowitz J.A., Givertz M.M. (2010). HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 16:6475-539.
- McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D., Auricchio A., Böhm M., Dickstein K. et al. (2012). Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, Suppl 3 77-137.
- Moe G.W., Ezekowitz J.A., O'Meara E., Howlett J.G., Fremes S.E., Al-Hesayen A., (2014). The 2013 Canadian Cardiovascular Society Heart Failure Management Guidelines Update: focus on rehabilitation and exercise and surgical coronary revascularization *Canadian Journal of Cardiology*, 30 249e263.
- Moser D.K., Doering L.V., Chung M.L. (2005). Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal*, 150:984.
- Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S., Arnett D.K., Blaha M.J., Cushman M., et al. (2015). Heart disease and stroke statistics 2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 131, 242-244.
- Ni H., Nauman D., Burgess D., Wise K., Crispell K., Hershberger R.E. (1999). Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Internal Medicine*, 159:1613-1619.
- O'Connor C.M., Whellan D.J., Lee K.L., Keteyian S.J., Cooper L.S., Ellis S.J. et al. (2009). Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA*, 301:1439-50.
- Parshall M.B., Welsh J.D., Brockopp D.Y., Heiser R.M., Schooler M.P., Cassidy K.B. (2001). Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. *Heart Lung*, 30:47-56.
- Pasini E., Opasich C., Pastoris O., Aquilani R. (2004). Inadequate nutritional intake for daily life activity of clinically stable patients with chronic heart failure. *American Journal of Cardiology*, 93:41A-3A.
- Piepoli M.F., Conraads V., Corra U., Dickstein K., Francis D.P., Jaarsma T. et al. (2011). Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Heart Failure*, 13, 347-357.
- Riegel B., Moser D.K., Anker S.D., Appel L.J., Dunbar S.B., Grady K.L. (2009). State of the Science: Promoting Self Care in Persons With Heart Failure: A Scientific Statement From The American Heart Association. *Circulation*, 120, 1141-1163.
- Riegel B., Carlson B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*, 46:287-295.
- Rosamond W., Flegal K., Friday G., Frue K., Go A., Greenund K et al. (2007). American Heart Association Statistics Committee And Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease And Stroke Statistics—Statistics—2007 Update: A Report From The American Heart Association Statistics Committee And Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, February 6 115(5):E69-E171.
- Strazzullo P., D'Elia L., Kandala N.B., Cappuccio F.P. (2009). Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*, 339:b4567.
- Theou O., Stathokostas L., Roland K.P., Jakobi J.M., Patterson C., Vandervoort A.A. et al. (2011). The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *Journal of Aging Research*, 569-94.
- Weber A.R., Frazier S.K., Moser D.K., Lennie T.A. (2007). Daily variability in dyspnea, edema and body weight in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6:60 – 65.
- World Health Organization, (2003). Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action, Geneva, Switzerland. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- Working Group Report on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Recommendations for exercise in training in chronic heart failure patients. *European Heart Journal*, 2001;22:125-135.
- Van Der Wal M.H., Jaarsma T., Van Veldhuisen DJ. (2005). Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *European journal of Heart Failure*, 7(1):5-17.
- Yancy C.W., Jessup M., Bozkurt B., Butler J., Casey D.E., Drazner M.H., et al. (2013). ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 128, 1-164.

Tablo 1. Semptomların Tanınması ve İzlenmesine İlişkin Öneriler

SEMPATOM TANIMA VE İZLEM	
Girişim	Kanıt düzeyi
Hastalar ve/veya bakıcıları tablonun ağırlaştırılmasına işaret eden semptomları tanımalı ve bu gibi durumlarda hekimin yazdığı diüretik dozunu yükseltme ve/veya sağlık ekibiyle temas kurma gibi uygun önlemleri alabilmelidirler.	I C*
Hastalar tercihen rutin günlük uygulamaların bir parçası olarak, vücut ağırlıklarını ölçerek ağırlıklarını izlemelidirler. Üç gün içinde aniden iki kg'ın üzerinde kilo artışı olması durumunda, hasta diüretik dozunu yükseltebilir ve sağlık ekibini durumdan haberdar etmelidir.	I C*
Etkili bir kalp yetersizliği tedavisinin sağlanabilmesi için günlük AÇT izlem, kilo izlemi, yaşam bulgusu izlemi yapılmalıdır.	I C**

* Dickstein ve ark., 2008. ** Jessup ve ark., 2009

Tablo 2. Tuz Kullanımına İlişkin Öneriler

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

* Lindenfelt ve ark., 2010 **Dickstein ve ark., 2008*** Yancy ve ark., 2013.

Tablo 3. Sıvı Alımına İlişkin Öneriler

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

*Lindenfelt ve ark., 2010 **Dickstein ve ark., 2008 *** Yancy ve ark., 2013

Tablo 4. Kilo Kontrolüne İlişkin Öneriler

KİLO KONTROLÜ	
Girişim	Kanıt düzeyi
Kalp yetersizliği olan bireylerin kilo vermesi kardiyak kaşeksi gelişimi açısından istenmeyen bir durumdur.	Belirtilmemiş*
Kalp yetersizliği olan obez bireylerin kilo vermesi kalp yetersizliğinin belirtilerinin yaşanmaması için önemlidir.	Belirtilmemiş*
Kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksi 40'ın üzerindeyse beden kitle indeksi 40'ın altına indirilmesi önerilmektedir.	Belirtilmemiş*
Kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksi 30'dan küçükse kilo verme önerilmez.	Belirtilmemiş*
Kalp yetersizliği olan bireylerin beden kitle indeksinin 30-32 sınırında tutulması önerilmektedir.	Belirtilmemiş*

Yancy ve ark., 2013; Riegel ve ark., 2009.

Tablo 5. Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Öneriler

SİĞARA VE ALKOL KULLANIMI	
Girişim	Kanıt düzeyi
Kalp yetersizliği olan bireylerin sigara kullanmamaları önerilmektedir.	B*
Kalp yetersizliği olan bireylerin alkol kullanımının kısıtlanması önerilmektedir.	B*
Önerilen miktar: Kadın: Günlük bir kadeh Erkek: Günlük iki kadeh	B*
Alkolik kardiyomyopatisi olan bireylerde alkol kullanılmamalıdır.	B*

Lindenfelt ve ark., 2010

Tablo 6. Egzersize İlişkin Öneriler

EGZERSİZ	
Girişim	Kanıt düzeyi
Kalp yetersizliği olan bireylerin düzenli egzersiz yapmaları önerilmektedir.	I A* IA** B***
Kalp yetersizliği olan bireylerin haftada beş gün egzersiz yapmaları, egzersiz sürelerini artırmaları, egzersiz süresinin 30 dakikaya ulaşılması önerilmektedir.	B***
NYHA evresi I-III arasındaki stabil kalp yetersizliği hastalarına egzersiz toleranslarının artması ve yaşam kalitelerinde artış sağlamak için yapılandırılmış (bireye uygun düzenlenmiş)egzersiz önerilmektedir.	Güçlü öneri orta düzey kanıt****
Hastaya egzersiz programı önerilmeden önce hastanın durumu bir klinisyen tarafından değerlendirilmelidir.	Güçlü öneri düşük düzey kanıt****
NYHA sınıflaması IV olan dekompanse kalp yetersizliği olan hastaya kademeli olarak mobilizasyon ve (ya da)güçlendirme /esnetme egzersizleri tolerasyon durumuna göre tek ya da kombine şekilde uygulanabilir. Bu egzersizler hastayı kalp yetersizliği ekibi değerlendirdikten sonra yapılabilir.	Güçlü öneri düşük düzey kanıt****
Kalp yetersizliği hastalarına orta dereceli sürekli aerobik egzersiz önerilebilir. (tempolu yürüyüş, hafif koşu, bisiklet) Egzersizin şiddeti borg skalasında 3-5 puan derecesinde, kalp hızını %65-85 oranında arttıracak, oksijen tüketimi %50-75 olacak şekilde düzenlenmelidir.	Güçlü öneri- orta düzey kanıt****

* Yancy ve ark., 2013, ** McMurray ve ark., 2012, *** Lindenfelt ve ark., 2010, ****Moe ve ark., 2014

Tablo 7. Hastalıklardan Korunma ve Bağışıklamaya İlişkin Öneriler

BAĞIŞIKLAMA	
Girişim	Kanıt düzeyi
Pnömonokok aşısı (kontraendike değilse) 5 yılda bir yapılması önerilmektedir.	B*
İnfluenza aşısı (kontraendike değilse) yıllık olarak yapılması önerilmektedir.	B*
*Lindenfelt ve ark., 2010	

Tablo 8. Hasta Eğitimine İlişkin Öneriler

HASTA EĞİTİMİ	
Girişim	Kanıt düzeyi
Kalp yetersizliği olan bireyler hastalıklarına ilişkin spesifik eğitim almalıdır.	I-B*
	Düzy belirtilmemiş**
Kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yatan tüm kalp yetersizliği hasta ve yakınlarına kapsamlı olarak düzenlenmiş taburculuk eğitimi verilmesi önerilmektedir. Bu eğitim, taburculuk sonrası evde uygulanacak diyet, kullanılacak ilaçlara uyumu ve ilaç alımının sürekliliğini sağlayacak bilgi, aktivite düzeyi, kontroller, günlük kilo izlemi, kalp yetersizliği semptomları kötüleştiğinde uygulanması gereken girişimler konusunda bilgi sağlamalıdır.	I C***
* Yancy ve ark., 2013, ** McMurray ve ark., 2012, Dickstein ve ark., 2008, ***Jessup ve ark., 2009	

Tablo 9. Eğitime İlişkin Sağlık Profesyonellerine Yönelik Öneriler

Girişim	Kanıt düzeyi
Hastaya özgü hedef belirleme (Hedeflerin hasta ile birlikte belirlenmesi, uygulanabilir hedef belirleme)	IA*
Hastaya kendini izleme programı oluşturma diyet, fiziksel aktivite izlemi	IA*
İzlem takvimi oluşturma (belirli aralıkla telefon, poliklinik izlemi)	IA*
Geribildirim verme	IA*
Öz-etkililiği artırma	IA*
Motivasyonel görüşmeyi kullanma	IA*
Uzun dönem destek sağlama (sosyal destek ağları)	IB*
Çoklu yaklaşımları kullanma (2 ya da daha fazla girişimi uygulama)	IA*
*Artinian ve ark., 2010	

Tablo 10. Multidisipliner Yaklaşım İlişkin Öneriler

Girişim	Kanıt düzeyi
Kalp yetersizliği hastalarının kalp yetersizliği nedenli hastaneye yatışlarını azaltmak için multidisipliner bir bakım yönetimi programına alınması önerilmektedir.	IA*
Kalp yetersizliği açısından yüksek riskli bireyler (6:6 ayda 2den fazla kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatan bireyler) hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından tanılanmalı, değerlendirilmelidir.	IA**
Multidisipliner bakım kalp yetersizliğine özelleşmiş sağlık profesyonelleri tarafından verilmeli ve polikliniklerde hasta ve ailesinin eğitimi ve izlemi, ya da tele izlem ve tele yönetim yoluyla hastalar takip edilmelidir.	IA**
Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatışları tekrarlayan hastalar aile hekimi, acil servis hekimi, iç hastalıkları uzmanı ya da kardiyolog tarafından hastane ya da acil servis taburculuğundan sonra ilk dört hafta içinde izlenmelidir.	IA**

*McMurray ve ark., 2012, **Howlett ve ark., 2010

EK1. AHA,ESC,HFSA ve CCS kullanılan kanıt düzeyi sınıflaması***AHA, ESC, CCS(2010) kullanılan sınıflama*****Tavsiye Sınıfları**

Tavsiye Sınıfları	Tanım
Sınıf I	Belli bir tedavi veya işlemin karlı, yararlı ve etkili olduğuna ilişkin kanıtlar ve/veya genel görüş birliği varlığı
Sınıf II	Belli bir tedavi veya işlemin yararlı/etkin olduğuna ilişkin çelişkili kanıtlar ve/veya farklı görüşlerin varlığı
Sınıf IIa	Kanıtların/görüşlerin ağırlığı yararlılık/etkinlik yönünde
Sınıf IIb	Kanıtlar/görüşler yararlılık/etkinliği daha az destekliyor
Sınıf III	Belli bir tedavi veya işlemin yararlı/etkin olmadığı, bazı durumlarda zararlı olabileceği yönünde kanıt ya da görüş birliği

Kanıt Düzeyleri

Kanıt Düzeyi A	Veriler birden çok sayıda randomize klinik çalışma ya da meta-analizden elde edilmiştir
Kanıt Düzeyi B	Veriler tek bir randomize klinik çalışma veya randomize olmayan büyük boyutlu çalışmalardan elde edilmiştir
Kanıt Düzeyi C	Uzmanların görüş birliği ve/veya küçük boyutlu çalışmalar, geriye dönük çalışmalar, kayıt çalışmaları

HFSA kullanılan sınıflama**Kanıt Tipi**

Düzey A	Randomize, Kontrollü, Klinik Çalışmalar Tek bir çalışma sonucuna temellenebilir
Düzey B	Kohort ve Vaka-Kontrol Çalışmaları Post-hoc, subgrup analizi ve meta-analiz Prospektif gözlemsel çalışmalar
Düzey C	Uzman görüşleri Gözlemsel çalışmalar-epidemiolojik bulgular

Önerilerin gücü için kullanılan yaklaşım

“Önerilir”	Rutin bakımın parçası Tedavi beklentileri minimize edilmelidir
“Göz önüne alınmalıdır”	Hastaların çoğunluğu girişimi almalıdır
“Göz önüne alınabilir”	Tedavinin bireyselleştirilmesi endikedir
“Önerilmez”	Terapötik girişim kullanılmamalıdır

CCS kullanılan sınıflama

Yüksek	Araştırmalarla girişimin etkinliği saptanmış
Orta	Yapılacak araştırmalarla kanıtın düzeyi geliştirilebilir.
Düşük	Ek çalışmalara gereksinim var
Çok düşük	Yapılan girişimin etkinliği konusunda kesinlik ifade edilemiyor.
GRADE	İki şekilde öneri sunuluyor: güçlü ya da zayıf-koşullara bağlı (tavsiye sınıfı)

EK 14. Araştırmacının Özgeçmişi

ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI : Dilek SEZGİN

TC Kimlik No / Pasaport No:	13477815084
Doğum Yılı:	21.08.1982
Yazışma Adresi :	DEÜ Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İZMİR
Telefon :	0232 4124773 / 05363479409
Faks :	
e-posta :	dileksezginn@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	İç Hastalıkları Hemşireliği AD	Yüksek Lisans	2009
Türkiye	DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2006

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
DEÜ Hastanesi	Türkiye	İzmir	İç Hastalıkları Servisi ve Onkoloji Servisi	Hemşire	Temmuz 2006-Mart 2009
Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi	Türkiye	İzmir	İç Hastalıkları Hemşireliği AD	Arş. Gör.	Mart 2009-Şubat 2013
Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi	Türkiye	İzmir	İç Hastalıkları Hemşireliği AD	Öğr. Gör.	Şubat 2013-....

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Yüksek Lisans Tez Başlığı “Romatizmal Hastalıklarda Hastalık Modifiye Edici İlaç Tedavisi Alan Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarının Uyuma Etkisi” Danışman: Yard. Doç. Dr. Hatice MERT

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Mert H, Kızılcı S, Uğur Ö, Küçüküçlü Ö, **Sezgin, D.** “Locus of Control in Nursing Students on a Problem-Based Learning Program: A Longitudinal Examination”. *Social Behavior and Personality*, 2012, 40(3): 517-25.

Mert H, Barutcu CD, **Sezgin D.** The Turkish version of self-care of heart failure index, v6. *Healthmed*. 2013, 7:8, 2480-2486.

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Mert H, **Sezgin D.** “Geleneksel ve Probleme Dayalı Öğrenim Modeliyle Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Beceri Düzeylerinin İncelenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14(1): 9-13.

Sezgin D, Mert H. “Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaç Tedavisi Alan Bireylerin Tedavi Algılarının Uyuma Etkisi”, *Dokuz Eylül üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2010; 3(1): 2-8.

Kızılcı S, Söylemez BA, Uğur Ö, **Sezgin D,** Küçüküçlü Ö. İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Refakatçiler Hakkındaki Görüş ve Deneyimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16:4,241-249.

Sezgin D, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015, 8:2, 108-118.

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Sezgin D, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanan Hemşirelik bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi. 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 15-19 Ekim 2014. Antalya (Sözel Bildiri)

Sezgin D, Mert H. Evidence Based Approaches in Home Caring of the Individuals with Heart Failure. The 1st International Home Care Congress. 3-6. 07. 2013. İzmir (Sözel Bildiri).

Mert H, Barutcu CD, **Sezgin D**. Reliability And Validity of Turkish Version of Self Care of Heart Failure Index. The 1st International Clinical Nursing Research Congress.29 May-1 June 2012 İzmir (Sözel bildiri).

Kızılcı S, Akpınar B, Uğur Ö, **Sezgin D**, Küçükgülü Ö. The Perceptions Of Nurses About Informal Caregivers in Internal Medicine Clinics in Turkey. The 1st International Clinical Nursing Research Congress 29 May-1 June 2012, İzmir (Sözel bildiri).

Sezgin D, Mert H. Romatizmal Hastalıklarda Hastalık Modifiye Edici İlaç Tedavisi Alan Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarının Uyuma Etkisi. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 30.09/04.10/ 2009 (Sözel Bildiri). Kongre Kitabı, s:381.

Mert H, **Sezgin D**. Geleneksel ve Probleme Dayalı Öğrenim Modeliyle Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Beceri Düzeylerinin İncelenmesi. IV. Aktif Eğitim Kurultayı, İzmir, Haziran 2007, IV. Aktif Eğitim Kurultayı Bildiriler Kitabı, 83-91 (Sözel Bildiri).

Sezgin D, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumlarının İncelenmesi. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Kongresi.24-26. 04. 2014. Manisa. (Poster Bildiri)

Sürücü HA, Barutçu CD, Yardımcı T, **Sezgin D**, Akpınar B. Examination of Doctoral Students' State of Managing the Process of Research in Nursing. Quality Indicators of Nursing PhD Education Symposium. 28-30 November 2012 İzmir (Poster bildiri).

Sezgin D, Mert H. Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Teorisine Göre Vaka Yönetimi. 12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 6-10 Ekim 2010 (Poster Bildiri). İç Hastalıkları Dergisi, 17(1), s: 300.