



T.C.

AMASYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE ÖĞRENDİĞİNİ ANLAT
YÖNTEMİYLE VERİLEN EĞİTİMİN SEMPTOM KONTROLÜ,
TEDAVİYE UYUM ve ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞBA GÖKCE

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Neşe UYSAL

**AMASYA
MAYIS 2024**

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE ÖĞRENDİĞİNİ ANLAT
YÖNTEMİYLE VERİLEN EĞİTİMİN SEMPTOM KONTROLÜ,
TEDAVİYE UYUM ve ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Tuğba GÖKCE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Neşe UYSAL

AMASYA

MAYIS 2024

TUĞBA GÖKCE tarafından hazırlanan “**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE ÖĞRENDİĞİNİ ANLAT YÖNTEMİYLE VERİLEN EĞİTİMİN SEMPTOM KONTROLÜ, TEDAVİYE UYUM ve ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı **İç Hastalıkları Hemşireliği** Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Başkan: Doç. Dr. Derya TÜLÜCE

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Tez Savunma Tarihi: 27/05/2024

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Doç. Dr. Neşe YAKŞI ŞAHİN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Değerli GÖKCE Ailesi

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgiler ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Tuğba Gökce

27.05.2024

TEŞEKKÜR

Kurtuluş Savaşı mücadelemizin ve yeniden inşamızın gazi önderine, kahraman yol arkadaşlarına,

Hemşireliğin yaşadığımız çağın gereklerine uygun modern, profesyonel bir meslek dalına dönüşmesinde emeği geçen lider meslektaşlarıma,

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince düşünce, bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan, hayatta en büyük şansım, danışmanım Doç. Dr. Neşe UYSAL'a,

Çalışmamıza gönüllü olarak katılan, deneyimlerini paylaşan, çok zamanlar beni motive eden değerli hastalarım,

Birlikte zevkle çalıştığım Kardiyoloji Servisi Ailesi'ne ve bu ailenin en yoğun zamanlarda dahi iş yüküne aldırış etmeden hemşirenin eğitimine önem veren başta Doç. Dr. Gökhan KESKİN ve Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir ÇAKMAK olmak üzere tüm uzman doktorlarına,

Çalışmalarımı tamamlarken desteklerini esirgemeyen Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakımı Ünitesi Ailesi'ne,

Yolumu güzelleştiren Esra SAĞLAM BUYRUK'a, Suheyb ÇİTİL'e, Nazan DÜZTAŞ'a, Büşra GENÇEL'e ve Nezahat YILDIRIM'a,

Süper babam Dursun GÖKCE'ye, fikrime ve azmime yelken olan annem Pervin GÖKCE'ye, tez çalışmam sırasında beni yalnız bırakmayan kardeşlerim Tarık GÖKCE'ye ve Halil İbrahim GÖKCE'ye teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı	4
2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi.....	4
2.4. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi	4
2.4.1. Frank- Starling Mekanizması	5
2.4.2. Nörohormonal Adaptasyon Mekanizması	5
2.4.3. Kardiyak Remodelling ve Miyokardiyal Hipertrofi	6
2.5. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması	7
2.6. Kalp Yetersizliğinin Klinik Değerlendirmesi ve Tanısı.....	7
2.7. Kalp Yetersizliğinde Tedavi.....	9
2.7.1. Farmakolojik Tedavi.....	9
2.7.2. Non-farmakolojik Tedavi.....	9
2.7.3. Tıbbi Cihaz Tedavisi.....	9
2.8. Kalp Yetersizliği ve Semptom Kontrolü.....	10

2.9. Kalp Yetersizliği ve Tedaviye Uyum	11
2.10. Kalp Yetersizliği ve Öz Bakım	12
2.11. Kalp Yetersizliğinde Hasta Eğitimi.....	14
2.12. Hasta Eğitiminde Öğrendiğini Anlat Yöntemi	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı	19
3.2. Araştırma Tipi.....	19
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	19
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	20
3.5.3. Araştırma Sırasında İzlemden Çıkarılma Kriterleri.....	20
3.6. Randomizasyon ve Körleme.....	21
3.7. Veri Toplama Araçları.....	22
3.7.1. Kişisel Bilgi formu	23
3.7.2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8)	23
3.7.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışı Ölçeği-12.....	23
3.7.4. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği	23
3.8. Verilerin Toplanması.....	24
3.8.1. Eğitim grubuna yapılan uygulamalar	24
3.8.2. Kontrol grubuna yapılan uygulamalar	26
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
3.10. Verilerin değerlendirilmesi	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	37

5.1. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Semptom Kontrolüne Etkisinin Tartışılması	37
5.2. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Tedaviye Uyum Etkisinin Tartışılması	38
5.3. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Öz Bakım Davranışlarına Etkisinin Tartışılması	38
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	40
7. KAYNAKLAR	41
EKLER	53
EK-1. Etik Kurul Raporu.....	54
EK-2. Kurum İzni.....	55
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	56
EK-4. Kişisel Bilgi Formu.....	57
EK-5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8).....	58
EK-6. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği.....	59
EK-7. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12.....	64
ÖZGEÇMİŞ.....	65

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. SVEF 'e göre Revize Edilen KY Sınıflandırması	7
Tablo 2.2. NHYA Fonksiyonel Sınıflama ve Açıklaması.....	7
Tablo 2.3. ESC 2021 Kılavuzu KY Belirti ve Bulguları.....	8
Tablo 2.4. ESC 2021 Kılavuzu KY Hasta Eğitimi Konuları.....	15
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Durumuna İlişkin Özellikleri	28
Tablo 4.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanlarının Gruplara Göre Değişimi	29
Tablo 4.4. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Ortalama Puanlarının Zamana Göre Değişimi..	29
Tablo 4.5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanlarının Grup-Zaman Etkileşimleri.....	30
Tablo 4.6. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Puanlarının Gruplara Göre Değişimi	30
Tablo 4.7. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Değişimi	31
Tablo 4.8. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Puanlarının Grup-Zaman Etkileşimleri	31
Tablo 4.9. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puanlarının Gruplara Göre Değişimi.....	33
Tablo 4.10. Eğitim Grubu Hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Değişimi.....	33
Tablo 4.11. Kontrol Grubu Hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Değişimi.....	34
Tablo 4.12. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçekleri Puanlarının Grup-Zaman Etkileşimleri	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Frank- Starling Mekanizması	5
Şekil 2.2. Öğrendiğini Anlat Yöntemi Uygulama Basamakları	18
Şekil 3.1. Consort Akış Şeması	21
Şekil 3.2. Araştırma Süreci.....	25



KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar açıklamaları ile aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
ACEİ	Anjiotensin Converting Enzyme İnhibitors (Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri)
AF	Atriyal Fibrilasyon
AHA	American Heart Association (American Kalp Derneği)
AKYÖDÖ	Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği
ARNİ	Anjiotensin Reseptörü Neprisilin İnhibitörü
AT I	Anjiotensin I
AT II	Anjiotensin II
BNP	Brain Natriüretik Peptid
DED KY	Düşük Ejeksiyon Fraksiyon Dışı Kalp Yetersizliği
DEF KY	Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
DISCERN	Quality Criteria for Consumer Health Information (Tüketici Sağlığı Bilgilerine İlişkin Kalite Kriterleri)
ECO	Ekokardiyografi
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
EKG	Elektrokardiyografi
ESC	European Society Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
ICD	Implante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör

İEF KY	İyileşmiş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
KAG	Koroner Anjiyografi
KEF KY	Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
KRT	Kardiyak Resenkronizasyon Terapisi
KY	Kalp Yetersizliği
KYSDÖ	Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği
LBBB	Left Bundle Branch Block (Sol Dal Bloğu)
MRA	Mineralokortikoid Reseptör Antagonistleri
MTUÖ	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
NE	Norepinefrin
NO	Nitrik Oksit
NP	Natriüretik Peptid
NSAİİ	Non- Steroid Antienflamatuar İlaçlar
NYHA	New York Heart Association (New York Kalp Birliği)
PND	Paroksizmal Nokturnal Dispne
RAAS	Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi
SSS	Sempatik Sinir Sistemi
SVEF	Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu

ÖZET

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE ÖĞRENDİĞİNİ ANLAT YÖNTEMİYLE VERİLEN EĞİTİMİN SEMPTOM KONTROLÜ, TEDAVİYE UYUM ve ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Tuğba GÖKCE

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Mayıs /2024
Danışman: Doç. Dr. Neşe UYSAL

Kalp yetersizliğinin başarılı şekilde yönetimi için hasta eğitimi ve taburculuk sonrası izlemin gerekliliği önemlidir. Bu çalışmanın amacı, kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemi ile verilen eğitimin semptom kontrolü, tedaviye uyum ve öz bakım davranışlarına etkisini belirlemektir.

Bu araştırma “ön test-son test” düzeninde, randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yürütüldü. Araştırmanın örneklemini, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji servisinde kalp yetersizliği tanısı ile yatarak tedavi alan 62 birey oluşturdu. Eğitim grubundaki hastalara, öğrendiğini anlat yöntemi kullanılarak yaklaşık 45-60 dk eğitim verildi ve eğitim sonunda yazılı eğitim kitapçığı verildi. Hasta taburcu olacağı gün eğitim tekrarlandı. Telefonla izlem görüşmeleri taburculuktan itibaren birinci haftada, 1. ay ve 3. ayda yapıldı. Kontrol grubundaki hastalarda standart bakım uygulandı. Araştırmanın ön test verileri yatıştan itibaren ilk 24 saat içerisinde, son test verileri ise taburculuktan 3 ay sonra toplandı. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği (KYSDÖ), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8 (MTUÖ) ve Avrupa Kalp Yetersizliği Özbakım Davranışları Ölçeği-12 (AKYÖDÖ) kullanılarak toplandı.

Hastaların yaş ortalaması $66,93 \pm 9,21$; %35.5'i kadın, %61.3'ünün ek kronik hastalığı bulunmaktadır ve tanı süresi ortalama 3,6 yıldır. Eğitim sonrasında öğrendiğini anlat eğitim grubundaki hastaların MTUÖ puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). KYSDÖ ön-son test ortalama puanlarının gruplar arasında zamana bağlı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0,05$). AKYÖDÖ toplam puan ortalamasının grup-zaman etkileşiminin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Bu çalışmada öğrendiğini anlat yönteminin öz bakım davranışlarını iyileştirdiği, tedavi uyumunu artırdığı belirlendi. Öğrendiğini anlat eğitim tekniğinin hemşirelik bakım uygulamalarında yaygınlaştırılması ve bu yöntemin etkinliğini inceleyen çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, Hasta eğitimi, Öğrendiğini anlat yöntemi, Semptom kontrolü, Tedaviye uyum, Öz bakım davranışları

ABSTRACT

THE EFFECT OF TRAINING PROVIDED USING THE TEACH BACK METHOD TO INDIVIDUALS WITH HEART FAILURE ON SYMPTOM CONTROL, TREATMENT COMPLIANCE AND SELF- CARE BEHAVIORS

Tuğba GÖKCE

Amasya University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Internal Medicine
Nursing Program, Master's Degree, May/2024
Advisor: Assoc. Prof. Dr. Neşe UYSAL

The necessity of patient education and post-discharge follow-up is emphasized for the successful management of heart failure. The aim of this study is to determine the effect of the education given by the teach back method applied to individuals diagnosed with heart failure on symptom control, treatment compliance and self-care behaviors.

This research was conducted as a randomized controlled experimental study in a "pretest-posttest" design. The sample of the study consisted of 62 individuals who received inpatient treatment with a diagnosis of heart failure in the Cardiology service of Amasya University Sabuncuoğlu Şerefeddin Training and Research Hospital. Patients in the training group were given approximately 45-60 minutes of training using the teach back method and were given a written training booklet at the end of the training. The training was repeated on the day the patient was discharged. Telephone follow-up interviews were conducted at the first week, 1st month, and 3rd month after discharge. Standard care was followed for patients in the control group. The pretest data of the study were collected within the first 24 hours of admission, and the posttest data were collected 3 months after discharge. Research data were collected using the Personal Information Form, Heart Failure Symptom Status Scale (HFPSS), Morisky Treatment Compliance Scale-8 (MTCS), European Heart Failure Self-Care Behaviors Scale-12 (AKHSS).

The average age of the patients is $66,93 \pm 9,21$; 35.5% are women, 61.3% have additional chronic diseases, and the average diagnosis time of the patients is 3,6 years. The MTCS scores of the patients in the teach back group were found to be higher than those in the control group after education ($p < 0,05$). It was determined that the HFPSS pre-post test mean scores did not show a statistically significant difference between the groups over time ($p > 0,05$). It was determined that the group-time interaction of AKHSS total score average was statistically significant ($p < 0,05$).

In this study, it was determined that the teach back method improved self-care behaviors and increased treatment compliance. It is recommended that the "Teach Back" training technique be disseminated in nursing care education and that studies examining the effectiveness of this method be increased.

Keywords: Heart failure, Teach back method, Symptom control, Treatment compliance, Self-care behaviors

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kalp yetersizliği (KY) dünya genelinde yaklaşık 64,3 milyon insanı etkileyen ve mortalite nedenlerinin başında gelen kronik hastalıklardan biridir [1]. Ülkemizde yaklaşık iki milyon KY hastası bulunmakta ve önümüzdeki 10 yıl içinde KY insidansında 3-4 kat artış olacağı öngörülmektedir [2]. Dünyada ve ülkemizde oluşturduğu hastalık yükünün yanı sıra kalp yetersizliği semptom kontrolünün ve yönetiminin zor olduğu bir hastalıktır [3]. KY hastalarında dispne, ortopne, halsizlik, çarpıntı, egzersiz toleransında azalma, göğüs ağrısı, ödem, senkop, konfüzyon gibi birçok semptom bir arada görülmektedir [4]. Hastalık sürecinde zamanla artan bu semptomlar nedeniyle fonksiyonel kapasite azalmakta, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirmede kısıtlılıklar yaşanmakta, bakım vericilere bağımlılık artmakta, seksüel işlev bozukluğu, sosyal ilişkilerde bozulma, depresyon ve anksiyete gibi sorunlar sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır [5 - 7].

Hastaların yaşam kalitesini ve bağımsızlık düzeyini etkileyen KY semptomlarının yönetiminde hem hastalara hem de sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir [8]. Semptom kontrolü amacıyla bireylerin günlük kilo takibi, sıvı tüketimi, tuz alımı, ödem kontrolü yapması önerilmektedir, ayrıca bireyler bu konularda bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Bu doğrultuda sağlık profesyonelleri KY'li bireylere semptomların nedenleri, semptomları tanıma ve yönetme konularında eğitim vermelidir. KY eğitimi oldukça geniş kapsamlı (diüretik tedavi dozlarını vücut ödeme göre ayarlayabilme, kullanılan ilaçların yan etkilerini tanıyabilme, eşlik eden hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların takibi, diyetle uyum gösterme, egzersiz yapma vb.) olmakla birlikte eğitimin KY'li hastalarda birçok yarar sağladığı bildirilmiştir [9]. Yapılan bir çalışmada, kronik kalp yetersizliği olan bireylere verilen eğitimin taburculuk sonrası 1.-3. ay yorgunluk, bulantı, iştahsızlık ve ödem şikayetlerini azaltmada yarar sağladığı saptanmıştır [10]. Packard vd.'nin yaptığı çalışmada eğitim alan hastaların, semptom yükünde azalma, sosyal izolasyonda ve yaşam kalitelerinde iyileşme belirtilmiştir [11].

Kalp yetersizliğinde hastalık ve semptom yükü, hastalığın etkin şekilde yönetilmesinde bireylerin sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu doğrultuda hastalık yükünün azaltılmasında ve semptomların kontrolünde hastaların öz bakım davranışlarının geliştirilmesi önemli yer tutmaktadır [12 ve 13]. KY kılavuzlarında semptomları belirli düzeyde yaşayan hastaların ulaşabileceği optimum klinik sonuçlar için öz bakım

kapsamındaki uygulamalara vurgu yapılmaktadır [14]. KY hastalarında öz bakım davranışları, iyileştirilmiş hasta sonuçlarıyla ilişkili sağlık davranışlarını içermektedir [15]. Öz bakım davranışlarının geliştirilmesinde ise en önemli strateji hasta eğitimidir. Hasta eğitiminin öz bakım yapma yeteneğini güçlendirdiği ve kalp fonksiyonlarını anlamlı derecede iyileştirdiği bildirilmiştir [16 ve 17]. Köberich vd. [17] 'nin çalışmasında, eğitim verilen müdahale grubundaki KY'li hastalarda öz bakım davranışlarının (düzenli kilo takibi vb.) önemli ölçüde iyileştiği, hastaneye yeniden yatışların azaldığı bildirilmiştir. Chen vd. [18] 'nin çalışmasında, SMS ve telefon görüşmesine dayalı yapılan eğitimin (ilaç kullanma, sıvı kısıtlama, tuz tüketimi, egzersiz, kilo kontrolü gibi) KY hastalarında öz bakım davranışlarını artırdığı belirtilmiştir. Bu doğrultuda KY hastalarının öz bakım davranışlarının sürdürülmesinde sağlık personelleri tarafından planlanan eğitim ve izlemler önemli yer tutmaktadır [15, 17].

Kalp yetersizliğinde semptom kontrolü ve hastalık yönetimi çoklu, kompleks ilaç kullanımını gerektirmekle birlikte bu durum hastaların ilaç uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. KY hastalarında ilaç uyumu oldukça önemli olup KY semptomlarında azalma, tedavi maliyetlerinin azaltılması, hastaneye yatış ve ölüm oranlarının azaltılması ile yakından ilişkilidir [19 ve 20]. Bu doğrultuda KY hastalarının ilaca uyumu teşvik edilmeli, elektronik hatırlatıcıların kullanımı, ilaç yan etkileri, ilacın alınmasının unutulduğu durumlarda yapılması gerekenler, ilaç - besin etkileşimleri gibi konularda eğitim verilmelidir [21]. Yapılan çalışmalarda KY'de NHYA sınıflaması evresi arttıkça bireylerin ilaç uyumunun düştüğü, bu durumun bireylerin hastaneye yeniden yatış oranlarını olumsuz etkilediği ve hastalık seyrini etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olduğu bildirilmiştir [22]. Bununla birlikte hasta eğitimlerinin ise ilaç kullanımına uyumu arttırdığı [23], tedaviye uyumun önemli bir parçası olan sıvı kısıtlaması vb. davranışları iyileştirdiği saptanmıştır [24].

Kalp yetersizliği kılavuzlarında başarılı hastalık yönetiminde hastalara verilecek semptom kontrolü, öz bakım eğitimlerinin ve taburculuk sonrası dönemde uzaktan izlemin gerekliliği bildirilmektedir [25]. Yapılan bir sistematik derlemede, hemşire önderliğinde eğitimin KY hastalarında yaşam kalitesini arttırdığı, hastaneye yeniden yatışları azalttığı ve maliyeti azaltmaya katkıda bulunduğu gösterilmiştir [26]. İlaslan ve Özer [27] 'in çalışmasında, KY hastalarında semptom yönetimine yönelik hazırlanan web tabanlı eğitimin yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Abbasi vd. [28] 'nin çalışmasında, uzman hemşire tarafından uygulanan öz yönetim eğitim programının KY hastalarında 3 ay sonunda yaşam

kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği saptanmıştır. Hasta eğitimde kullanılan klasik ve modern birçok yöntem bulunmakla birlikte son yıllarda kullanılan en etkili yöntemlerden biri öğrendiğini anlat (teach back) yöntemidir. Yöntem hastaların hastalık bilgisi, tedavi yöntemleri, kullanılan ilaç bilgisi gibi önemli noktaları akılda tutabilecekleri ve kolay anlayabilecekleri şekliyle kullanılan, hasta merkezli, kanıta dayalı, interaktif bir eğitim tekniğidir [29 ve 30]. Uygulama basamaklarından ötürü "bana göster- döngüyü kapatma" şeklinde de tanımlanan öğrendiğini anlat yöntemi, sağlık hizmeti sunan ile alıcısı arasındaki iletişim boşluğundan kaynaklanan sorunların ortadan kaldırılmasında da etkilidir [29, 31]. Kalp yetersizliği tanılı bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen öz bakım eğitiminin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, yöntemin öğrenmeyi sağlamak ve değerlendirmek için etkili olduğu belirtilmiştir [32]. Kalp yetersizliği tanılı bireylerine öğrendiğini anlat yöntemiyle uygulanan eğitimin hastaların bilgi ve beceri düzeylerini anlamlı derecede artırdığı, yaşam kalitelerini (fiziksel parametreler hariç) yükselttiği, hastaneye yeniden kabul oranlarını düşürdüğü görülmüştür [33].

Kalp yetersizliği, öğrendiğini anlat, semptom, öz bakım davranışları ve tedaviye uyum anahtar kelimeleri kullanılarak yapılan literatür taramasında, uluslararası literatürde kalp yetersizliği olan bireylerde öğrendiğini anlat yönteminin etkinliğini değerlendiren çalışmalar bulunmakla birlikte [34 ve 35], ülkemizde kalp yetersizliği olan bireylerde öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren çalışmanın bulunmadığı saptanmıştır. Bu doğrultuda bu araştırmada, kalp yetersizliği olan bireylerde öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin semptom kontrolü, tedavi uyumu ve öz bakım davranışlarına etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmamızın literatürde mevcut verileri güncelleyeceği, KY hastalarına bakım veren hemşirelerin eğitim verici rolüne vurgu yapacağı, hemşirelik izlem faaliyetlerine yönelik farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi, eğitimlerin hasta odasında yürütülmesi, sonuç parametrelerinin yalnızca ölçeklerle değerlendirilmesi araştırmanın sınırlılıklarıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı

Kalp yetersizliği (KY), yapı ve/veya işlev anormalliklerine bağlı kalp boşluklarındaki basınçlarda ve/veya debisinde değişimle meydana gelen, nörohormonal aktivasyonun eşlik ettiği bir sendrom olarak tanımlanmaktadır [36].

2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society Cardiology- ESC) 2021 kılavuzunda KY prevalansının 55 yaşın altında yaklaşık %1 olduğu, bununla birlikte 70 yaş ve üzerinde bu oranın %10'a doğru yükseldiği belirtilmiştir [21, 37]. Trends in Health Failure (TRends-HF) çalışması verilerinde ülkemizde KY prevalansı %2.1 olarak saptanmıştır [38]. TRends-HF çalışmasının verilerine göre KY prevalansı kadınlarda (%2.23) erkeklerden (%1.99) daha yüksek oranda saptanırken; bunun nedeni Türk kadınlarında, Türk erkeklerine göre obezite ve diyabet oranlarının yüksek olması olarak belirtilmiştir [38].

2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi

Kalp yetersizliği etiyojisinde koroner arter hastalığı (KAH) ve hipertansiyon en baskın faktörlerdir [39]. Küresel Hastalık Yüğü çalışmasında KY etiyojisinde iskemik kalp hastalığı en yüksek oranı (%26.5) oluştururken; hipertansif kalp hastalığı (%26.2), diğer kardiyovasküler hastalıklar (%6.5), romatizmal olmayan dejeneratif mitral kapak hastalığı (%2.7), alkolik kardiyomiyopati (%2.4), romatizmal olmayan kalsifik aort kapak hastalığı (%2.3), romatizmal kapak hastalığı (%1.8) ve miyokardit (%1.7) en sık diğer sebepleri oluşturmaktadır [40].

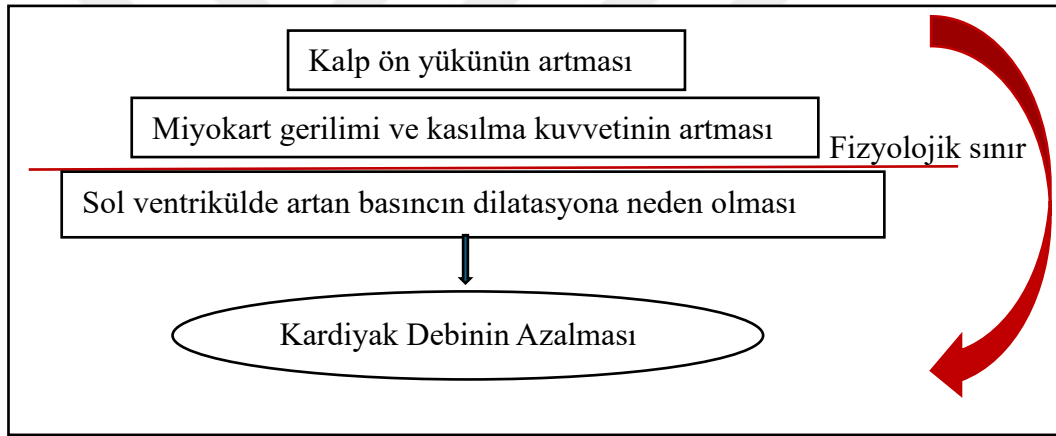
2.4. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi

Kalp yetersizliği hastaları başlangıçta klinik olarak semptomsuzdur ya da minimal semptomlara sahiptir. Süreç içerisinde devreye giren kompanse mekanizmalar ile kalp atım hacminin sağlanması, sol ventrikül fonksiyonlarının korunması, kan basıncının dengelenmesi, vücudun ihtiyaç duyduğu doku perfüzyonunun sağlanması amaçlanır. Ancak kompensasyon döngüsünün uzun süreli devam etmesi durumunda meydana gelen yeniden şekillenme KY tablosu ile sonuçlanmakta ve hastalarda kalp yetersizliğine ilişkin semptomlar görülmektedir [41]. Farklı etiyojik nedenlerle meydana gelen KY'nin sadece

kalbin pompa işlevindeki anormalliklerden kaynaklanmadığı; miyokard, beyin, böbrek ve vasküler ağın aktivasyonunu içeren nöroendokrin bir sendrom olduğu düşünülmektedir [42].

2.4.1. Frank- Starling Mekanizması

Miyokardın gücü azaldığında, kalbin yüksek bir preload ile stroke volümü ve kardiyak debiyi artırma mekanizması Frank-Starling olarak adlandırılır [43]. Miyokard, venöz dönüş miktarının artışıyla ortaya çıkan gerilme sonucu eskisinden güçlü kasılır ve kalbe dönen kan aynı oranda periferik pompalanır. Bununla birlikte bu süreçte ventrikül genişlemesi ile oksijen ihtiyacı artmakta ve bu durum yetersiz olan miyokardın zaman içinde kanı pompalayamamasına neden olmaktadır [44]. KY'nin patofizyolojisinde etkin Frank-Starling mekanizması Şekil 2.1. 'de belirtilmiştir [46].



Şekil 2.1. Frank- Starling Mekanizması

2.4.2. Nörohormonal Adaptasyon Mekanizması

Kalbin pompalama kapasitesinde azalma, sempatik sinir sistemi (SSS) aktivasyonu ve renin anjiyotensin-aldosteron sisteminin kompanse edici etkisi ile sonuçlanır ve bu tabloya 'nörohormonal aktivasyon' denir. Kısa vadede, bu nörohormonal aktivasyon kalp, böbrekler ve damar sisteminde kardiyovasküler homeostazı sürdürmek için tasarlanmış olmakla birlikte bu sistemlerin kronik aktivasyonu hemodinamik strese neden olmaktadır [45].

Sempatik Sinir Sistemi Aktivasyonu: KY hastalarında, baroreseptörlerden ve mekanoreseptörlerden gelen uyarılar sonucunda sempatik sinir aktivitesinde artış olur, bu da kalp hızı değişkenliğinin kaybolmasına ve periferik vasküler direncin artmasına neden olur. Sempatik tonustaki artışın bir sonucu olarak, güçlü bir adrenerjik nörotransmitter olan

norepinefrin (NE) 'in seviyesi artar. Sempatik aktivasyonun artması sonucu beta1-adrenerjik reseptör aktivasyonunun artması kalp hızının ve miyokardiyal kasılma gücünün artmasına ve kalp debisinin yükselmesine neden olur. Buna ek olarak, adrenerjik sinir sisteminin artan aktivitesi miyokardiyal alfa1-adrenerjik reseptörlerin uyarılmasına yol açarak pozitif inotropik etkiye ve periferik arteriyel vazokonstriksiyona neden olur. NE 'nin artması kan basıncını korumasına rağmen, miyokardiyal enerji gereksinimini artırır. Bu nedenle, sempatik sinir sistemi aktivasyonunun kısa vadeli olumlu etkileri olsa da uzun dönemde olumsuz etkileri öne çıkmaktadır. Ayrıca sempatik aktivasyon nedeniyle parasempatik aktivitenin azalması nitrik oksit (NO) düzeylerinin azalması, inflamasyonun artması, sempatik aktivitenin artması ve sol ventrikül yeniden yapılanmasının kötüleşmesi ile ilişkilendirilmiştir [46].

RAAS (Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi): Kalp yetersizliğinde RAAS aktivasyonu için varsayılan mekanizmalar arasında renal hipoperfüzyon, distal tübülde makula densaya ulaşan sodyumun azalması ve böbreğin sempatik uyarımının artarak jukstaglomerüler aparattan renin salınımının artması yer alır [46]. Karaciğerde sentezlenen anjiyotensinojen, renin aktivitesiyle anjiyotensin I (AT I) 'e çevrilir. AT I akciğerlerde, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) etkisiyle anjiyotensin II (AT II) 'ye dönüştürülür. AT II 'nin en önemli etkileri sodyum ve tuz tutulumu, vazokonstriksiyon, proinflamatuvar ve profibrotik etkilerdir [46].

2.4.3. Kardiyak Remodelling ve Miyokardiyal Hipertrofi

Kalbin preload-afterload yükünün artması sonucu miyokard hacminde ve kütlesinde artış, doku boşluklarında ise genişleme meydana gelmektedir. Tablo miyokardın kasılma gücünü artırmayı amaçlıyor olsa da zamanla kalbin oksijen ihtiyacının artması ve iskemiye yatkınlığın artmasıyla sonuçlanır [44].

2.5. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

Kalp yetersizliğinin sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (SVEF) 'na göre sınıflandırılması Tablo 2.1. 'de gösterilmiştir [47].

Tablo 2.1. SVEF 'e göre Revize Edilen KY Sınıflandırması

DEF-KY	DED-KY		
Semptom ± Bulgular	İEF-KY Semptom ± Bulgular	HEF-KY Semptom ± Bulgular	KEF-KY Semptom ± Bulgular
EF ≤ %40	EF ≤ %40 iken, %10 artarak >%40'a çıkan grup	EF %41-49	EF ≥ %50 Kalpte yapısal/ işlevsel anormallik ± artmış NP

Kalp yetersizliğinin şiddetini tanımlamak için kullanılan en basit terminoloji, New York Kalp Derneği (NYHA) fonksiyonel sınıflamasıdır. Bu sınıflama semptom durumuna göre yapılır [21]. NYHA sınıflandırması Tablo 2.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. NYHA Fonksiyonel Sınıflandırması ve Açıklaması

NYHA Sınıflandırması	I	Normal düzeyde fizik aktivite sırasında belirtiler görülmemektedir; fakat birey KY hastasıdır.
	II	Normal düzeyde fizik aktivite sırasında belirtiler görülür. Dinlenme esnasında birey rahattır.
	III	Normal düzeyin altında fizik aktivite sırasında belirtiler meydana gelir. Dinlenmede bireyler rahatlar.
	IV	Dinlenmede dahi belirtiler görülmeye devam etmektedir.

2.6. Kalp Yetersizliğinin Klinik Değerlendirmesi ve Tanısı

Kalp yetersizliği, dinlenme ve fiziksel aktivite sırasında artan intrakardiyak basınca karşılık kalp debisinin azalması sonucu nefes darlığı, periferik ödem, yorgunluk, taşikardi, pulmoner raller, jugular venöz basınç artışı gibi semptom ve bulgularla karakterizedir [21]. KY belirtilerinin görülmeye başlamasından önce semptomsuz seyreden yapısal ve/veya işlevsel anomaliler yetmezliğin haberci olabilmektedir. KY'nin temelinde yatan kardiyolojik sorunun belirlenmesi, semptom kontrolü ve uygulanacak tedavi protokolünde büyük önem taşımaktadır. Örneğin sıvı retansiyonundan kaynaklanan belirti ve bulgular diüretiklerle hızlı

ve etkili tedavi edilebilmektedir [48]. KY olasılığı düşünülen hastalarda klinik hastalık öyküsü, fizik muayene ve elektrokardiyografi (EKG) bulgularına dayalı tanılama süreci sürdürülür. EKG’de atriyal fibrilasyon (AF), hipertrofik sol ventrikül ve genişlemiş QRS kompleksi, Q dalgaları KY olasılığını artıran anormal bulgulardır. Hastaya ait verilerde en az biri anormalse daha ileri görüntüleme tekniği olan ekokardiyografiye göre ve plazma natriüretik peptit (NP) düzeyine göre karar verilmelidir [21]. Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin 2021 kılavuzunda yer alan KY’ye ait tipik belirti ve bulgular Tablo 2.3. ’te tanımlanmıştır [21].

Tablo 2.3. ESC 2021 Kılavuzu -KY Belirti ve Bulguları

Tipik Belirtiler	Spesifik Bulgular
Dispne, Ortopne, Paroksizmal nokturnal dispne (PND)	Artan juguler venöz basınç Gallop ritmi (S3)
Aktivite intoleransı, aktivite sonrası dinlenme süresinde artış, yorgunluk	Yanal olarak yer değiştirme- kalp tepe vuruşunun sola kayması-
Pretibial ödem	
Daha Az Tipik Belirtiler	Daha Az Spesifik Bulgular
Çarpıntı	Kilo alımı (>2 kg/haftalık), kilo kaybı, kaşeksi
Baş dönmesi, Senkop	Kardiyak üfürüm, taşikardi, düzensiz nabız,
İştahsızlık, kilo kaybı (İleri Evre KY’de)	Pulmoner sesler (pulmoner krepitasyon),
Wheezing, gece bastıran öksürük krizleri	takipne, plevral efüzyon, Cheyne Stokes Solunumu
Şişkinlik hissi	Asit, hepatomegali
Depresyon	Soğuk extremiteler, periferik ödem
Bendopne	Oligüri

Kalp yetersizliğinin değerlendirmesinde radyolojik görüntüleme teknikleri ve klinik laboratuvar testleri de kullanılmaktadır. Başlangıç incelemeleri olarak elektrokardiyogram (EKG) var olan ritm-iletim bozukluklarını belirlemede, akciğer radyogramı kardiyak-pulmoner kaynaklı patolojileri açıklamada, ekokardiyografi ventrikül sistol-diyastol ve kapak fonksiyonları, oda hacimleri, kalp duvarı kalınlığı, SVEF ölçümünde kullanılmaktadır. Natriüretik peptitler artan kalp duvarı stresine karşılık salınan ventrikül miyosit yanıtıdır ve plazma natriüretik düzeyleri ECO ’ya ulaşımın olmadığı ve acil olmayan durumlarda başlangıç testi olarak kullanılabilir [49]. BNP düzeyleri KY dışında kalp kapak hastalıkları, iskemik kalp hastalıkları, aritmiler durumlarında yüksek

saptanabilmektedir [50, 21]. KY'nin kesin tanısı için girişimsel işlemlere gereksinim yokken KY etiyojisi, KAH tanısı ve düzeyi için koroner anjiyografi (KAG) yapılmaktadır [21].

2.7. Kalp Yetersizliğinde Tedavi

Kalp yetersizliğinin tedavisinde farmakolojik, non-farmakolojik yöntemler, cihaz tedavileri (pacemaker, ICD, intraaortik balon uygulamaları, sol ventrikül destek cihazları) ve cerrahi tedaviler (kapak operasyonları, bypass greft operasyonları, organ transplantasyonları) kullanılmaktadır. Bununla birlikte KY hastalarına verilmesi gereken eğitimler, alınması gereken önlemler, KY semptom kontrolleri, hastaların belirtilerini tanıyabilmesi, sağlık için davranış değişikliklerini uygulayabilmesi (tuz kısıtlaması, sıvı kısıtlaması, egzersiz, sağlıklı beslenme gibi) de en az tedavi seçenekleri kadar önem taşımaktadır [21].

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliği hastalarında farmakolojik tedavi ile hedeflenenler; sistem aktivasyonunun baskılanması, RAAS sistem inhibisyonu ve sol ventriküler yeniden şekillenmenin önlenmesidir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), anjiyotensin reseptörü neprilisin inhibitörü (ARNİ), mineralokortikoid reseptör antagonistleri (MRA) ve beta blokörler, RAAS ve sempatik sistem modülasyonu sağlayan ilaç grupları olup kalp yetersizliğinde farmakoterapinin temelini oluşturmaktadırlar [51 ve 52].

2.7.2. Non-farmakolojik Tedavi

Son yıllarda KY tedavisinde ilaçlar ve invaziv girişimlerde kaydedilen önemli gelişmelere rağmen, ilaç dışı tedavi ilkeleri hala büyük önem taşımaktadır. Bu yaklaşım ilkeleri; hastaların ve ailelerinin eğitilmesi, ideal kilonun korunması, diyet ve egzersizi içerir [46]. KY'nin tedavisinde dikkate alınması gereken non-farmakolojik yaklaşımlar;

- Günlük tuz alımının 2-3 gramı geçmemesi (orta-ileri KY durumunda < 2 gr),
- Fiziksel kondisyonun korunması, hastanın yapabileceği kadar fiziksel etkinliğe izin verilmesi,
- Enfeksiyonlara karşı aşılama (özellikle influenza ve pnömokok aşısı),
- İleri yetersizlik tablolarında hastalarda sıvı tüketiminin 1,5- 2 litre/gün ile sınırlandırılması,

- Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (NSAİİ), sınıf I antiaritmikler, lityum benzeri ilaçlar, nondihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri (verapamil, diltizem), trisiklik antidepresanlar ve kortikosteroidlerden kaçınılmasıdır [46].

2.7.3. Tıbbi Cihaz Tedavisi

Kalp yetersizliği hafif semptomları bulunan hastalarda, ventriküler aritmiler, bradikardi, asistoli gibi ritm bozukluklarıyla ani beklenmedik ölüm meydana gelebilmektedir. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörler (ICD) ölümcül ritmi tanımlama ve bradikardiyi önlemede kullanılmaktadır [21]. Kardiyak resenkronizasyon terapisi (KRT) ise semptomatik, $EF \leq \%35$, sinüs ritimli, NYHA Sınıf II-III-IV, sol dal bloğu (LBBB) olan/olmayan, QRS aralığı ≥ 130 ms olan, optimal ilaç tedavisini alan seçilmiş hastalarda endikedir [21].

2.8. Kalp Yetersizliği ve Semptom Kontrolü

Kalp yetersizliği hastalarında en sık görülen semptomlar nefes darlığı, ödem ve yorgunluktur [53 ve 54]. Özellikle hastalığın ilerlemesiyle görülen gece uykudan uyandıran nefes darlığı (paroksizmal nokturnal dispne (PND)), düz yatarken oluşan nefes darlığı (ortopne) kalp yetersizliğine özgü semptomlardır. Yine ilerleyen evrelerde renal perfüzyonun bozulmasına bağlı idrarda azalma (oligüri), serebral perfüzyonun bozulmasına bağlı özellikle ileri yaşlı hastalarda unutkanlık, anksiyete, sosyal izolasyon, uykusuzluk, deliryum gibi sorunlar meydana gelebilmektedir [55]. Bununla birlikte bu semptomların artışı prognozunu kötüleşmesine ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek stres ve kaygı yaşamasına, hastalıkla baş etmesini zorlaştırmaktadır [56].

Dispne: KY'nin en yaygın semptomudur. Patofizyolojisinde pulmoner konjesyon vardır. Pulmoner kılcallarda basıncın artışıyla hücre içi sıvı, dokular arası boşluğa geçiş yaparak akciğer esnekliğini olumsuz etkiler. Klinikte PND, efor dispnesi, ortopne, dinlenme halinde dispne ve akut akciğer ödemi şeklinde sınıflandırılır [57 ve 58]. Dispne şikayeti ile kliniğe başvuran hastanın solunum sayısı ve derinliği, saturasyonu, kalp hızı ve ritmi, ortopne, çarpıntı, periferik ödem gibi eşlik eden şikayetlerinin varlığı değerlendirilmelidir. Hafif ve orta dereceli dispnenin yönetiminde düzenli egzersiz ve enerji koruma stratejileri ve ortamın hava sirkülasyonunun sağlanması önerilmektedir. Konjesyona bağlı dispne şikayetinde diüretik tedavinin yeniden düzenlenmesi gerekir [59 ve 60].

Egzersiz İntoleransı: KY’de periferik vasküler direncin artışı, kardiyak outputun düşmesi, iskelet kası metabolizmasında yavaşlama gibi nedenler egzersiz intoleransına neden olmaktadır [61]. Egzersiz intoleransı olan hastalarda aktivite düzeyinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, aktivite seçiminin hastayla birlikte planlanması, yatak içinde egzersizlerin yaptırılması ve enerji koruma yöntemlerinin öğretilmesi gereklidir [62].

Ödem: KY’de venöz basıncın artışıyla interstisyel aralığa sıvı geçişi, lenfatik drenajın yavaşlaması, kapiller geçirgenliğin artması ödemin nedenleridir [63 ve 64]. KY hastalarında ödem yönetiminde;

- Her gün kahvaltıdan önce, tercihen idrara çıktıktan sonra, aç karnına, benzer giysilerle ve aynı tartıyla tartılması,
- Günde 1-2 kg ve/veya bir hafta içinde 3-5 kg alınması durumunda sağlık kuruluşuna başvurulması,
- Hastalığın evresine uygun günlük alınan sıvı ve tuz miktarı kısıtlanması,
- Akşam saatlerinden sonra sıvı alımının kısıtlanması ve yatmadan önce tuvalete gitmenin gece idrar sıklığını azaltabileceğinin vurgulanması
- Diüretik ilaç kullanımında sabahları alması, eğer günde iki kere kullanıyorsa ilk dozu sabah, ikinci dozu ise akşam 17’den önce alması vurgulanmalıdır [65 - 68].

Halsizlik, Yorgunluk: KY hastalarında kardiyak outputun azalması yorgunluğun primer nedeni olmakla birlikte dispne, depresif belirtiler, azalan egzersiz kapasitesi gibi faktörlerin yorgunlukla ilişkili olduğu belirtilmektedir [69]. Halsizlik ve yorgunlukta altta yatan nedene yönelik müdahale (sıvı- elektrolit dengesizlikleri, anksiyete, ağrı vb.) yapılmalıdır. Örneğin sıvı-tuz kısıtlanması ödem ve dispneyi azaltması açısından önerilmektedir. Aneminin düzeyine göre eritropoietin tedavisi egzersiz kapasitesine katkı sağlayabilmektedir [70].

Uyku sorunları: KY hastalarında ilerleyen yaş, hastalığa bağlı gelişen semptomlar (örn. nefes darlığı, halsizlik), semptomların fiziksel, psikolojik etkileri ve farmakolojik tedavinin istenmeyen etkileri (örneğin diüretik tedavinin noktüriye, ACEİ’lerin gece öksürüğüne, beta blokerlerin melatonin üretiminin seviyelerini etkileyerek insomnia ve kabusu neden olması gibi) uyku düzenini bozabilmektedir [71 ve 72]. Hastaların yaşadığı uyku sorunlarında uyku kalitesini arttırmaya yönelik olarak literatürde masaj, aromaterapi, müzik, meditasyon, akupressur, gevşeme egzersizi gibi non-farmakolojik yöntemlerin uyku sorunu yaşayan bireylerde tıbbi tedavinin yanı sıra uygulanabileceği ve olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir [73 - 78].

2.9. Kalp Yetersizliği ve Tedaviye Uyum

Kalp yetersizliği, kronik bir hastalık olması ve semptomların kalıcı olması nedeni ile tedavi rejimine uyumun önemli olduğu hastalıklardandır [79]. Tedavi uyum kavramı, hastayla bakım verenin sağlık bakımı ve kararlarına ait iş birliğini açıklamaktadır [80]. Bireyin sağlık bilgisi, tedaviye olan inancı, eğitim düzeyi ve gelir durumu gibi birçok faktör tedaviye olan uyumu etkilemektedir [68]. KY'li hastalarda farmakolojik tedavi uyumunun %90 'dan %2 'ye kadar değişik oranlar gösterdiği, ayrıca ilaç uyumsuzluğunun hastaneye tekrar yatışlarda önemli bir etken olduğu ifade edilmiştir [81]. Tedavi uyumsuzluğu; bireyin önerilen tedavinin amaçlarını anlayamaması, yanlış dozlarda ilaç kullanımını, fiziksel kısıtlılık haline bağlı önerilen rejime uyamaması olabilirken, kendi isteğiyle tedavi reddi şeklinde de gerçekleşebilmektedir [82]. Günümüzde KY hastalığının yönetiminde tedavi seçeneklerinin yanı sıra belirtilerin izlemi ve hasta eğitimlerinin prognozu iyileştirebileceği belirtilmektedir [83]. Hemşirelik bakımının kilit görevi olduğu bu kısım, iyi düzenlenmiş bir farmakolojik tedavi planını desteklemektedir. Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilendirilmesi, aktivite düzeyleri, beslenme, ilaç kullanımı gibi tedaviye gösterdikleri uyumun artması hastalığın semptomlarını azaltmakta ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir [84]. Sen vd. [85]'nin KY' de tedavi uyumunu araştırdıkları çalışmada bireylerde farmakolojik tedaviye uyum %99.1, kilo takibine uyumu %16.1 olarak belirtilirken uyuma etki eden faktörler cinsiyet, eğitim düzeyi, tekrarlayan hastane yatışları, eşlik eden komorbid hastalıkların varlığı olarak saptanmıştır. Rehman vd. [86] 'nin çalışmasında hastaların %23.5'inin tavsiye edilen ilaca uymadığı belirtilmiştir. KY 'de ilaç uyumunun değerlendirildiği bir başka çalışmada ise hastaların %51.8'inin ilaç kullanımı hakkında eğitim almadığı, %52.6'sının ilaçların etkisini bilmediği, %89.5 'inin ilaçların yan etkisini bilmediği, %28.9'unun ise ilaçları düzenli olarak almadığı belirtilmiştir [87]. KY'de tedavi uyumunu iyileştirmek amacıyla hasta eğitimlerinin planlanması ve uyumu etkileyecek faktörleri belirlemek amacıyla hastaların psiko- sosyal yönden izlenmesi önerilmektedir [88].

2.10. Kalp Yetersizliği ve Öz Bakım

Öz bakım; bireyin beden, akıl ve ruh sağlığını iyileştirmeye, hastalık halini önlemeye yönelik bakım faaliyetlerine katılma, bireysel performans gösterebilme olarak tanımlanır [89]. Orem modelinde; insan sağlığının devamı, hastalık ve sakatlıkların tedavi edilmesi,

komplasyonlarla baş edilmesi için duyduğu ihtiyaçların karşılanması konuları öz bakım içerisinde yer almaktadır [90]. Öz bakım, hastalık semptomları karşısında bireyin yapabileceklerini kararlaştırması, bağımlılık durumu olmadan, sağığın gerektirdiğı sorumluluğı üstlenebilmesidir [91]. Bu doğırtuda kronik hastalıkların yönetiminde bireyin öz bakımlarını yükseltmek önemlidir. KY hastalarından beklenen öz bakım davranışları; semptom yönetimini sağlayabilmek, öz bakım davranışı değışikliklerine uyum sağlamak, yaşam tarzı değışikliklerini sürdürmek ve sağık profesyonellerinin tavsiyelerine uymaktır [12]. Kalp yetersizliğinde beklenen öz bakım davranışları; düzenli ilaç kullanımı, sıvı yönetimi, tuz kısıtlaması, ödem ve kilo takibi, semptom yönetimi, sağık arama davranışı, egzersiz ve diyet planlamasıdır [14, 92, 93].

Tuz Alımının Kısıtlanması: Güncel kılavuzlar bireyin klinik durumuna göre sodyum kısıtlaması önermektedir. Amerikan Sağık Derneğı (American Health Association [AHA]), semptomatik veya KEF KY'lilerde sodyum alımını 3 gram, orta veya daha ağır olanlarda ise < 2 gram [98] olarak önermekte; Avrupa Kardiyoloji Derneğı semptomatik vakalarda tuz alımını <2,4 gram olarak önermektedir [83]. Hastalara yemek masasında tuzluk bulundurmaması ve yiyecek etiketlerini okumayı davranış haline getirmeleri konusunda bilgi vermelidir. Hastalara yemekleri tatlandırmak için tuzsuz çeşniler kullanabileceğı, ev yapımı yemeklerin tercih edilmesi gerektiğı, salam, sosis, sucuk gibi aşırı işlenmiş gıdalardan kaçınılması gerektiğı konularında bilgi verilmelidir [94 – 96].

Sıvı Tüketiminin Kısıtlanması: KY'nin özellikle dekompresyon evrelerinde konjesyonu, semptom şiddetini ve hissedilen rahatsızlık düzeyini azaltmak için 1,5- 2 litre/gün şeklinde sıvı kısıtlanması önerilmektedir. Süreçte bireyin değışen ihtiyaçlarına (terleme, diyare, kusma gibi) göre aşırı sıvı alımından kaçınılması, kilo takibi/gün, ödem kontrolü yapılması ve bireyselleştirilmiş sıvı yönetimi önerilmektedir [97].

Kilo Takibi: KY'de gıda alımında yetersizlik tablosuna bağı bağırsak ve karaciğer disfonksiyonları, karın ağrısı, iştahsızlık, enflamasyon ve kaşeksi görülebilmektedir (ESC, 2016). Kardiyak kaşeksiyi önlemek için az-sık yemek yeme, yüksek enerjili diyet gibi konularda alternatif tavsiyeler verilmelidir. Bireylere haftada en az iki defa tartılması, 3 günde 1,5 kg olan kilo artışı/ ayak bileğı ve karın şişliğı gibi yüklenme belirtilerini bildirmesi konularında eğitim verilmelidir [83].

Egzersiz: KY hastaları mevcut fonksiyonel kapasitede iyileşme sağlamak amacıyla düzenli aerobik egzersize teşvik edilmelidir. Fiziksel kondisyonun korunması ve iyileştirilmesi için hastanın yapabileceğı kadar fiziksel etkinliğe izin verilmelidir [46].

Egzersiz planlaması yapılırken hastaya ait kısıtlılıklar kırılabilirlik, komorbidite gibi göz önünde bulundurulmalı [83], haftanın 5 günü ve 30 dk süre hedef alınmalıdır [98].

Aşılanma: KY erişkin ve yaşlı grubundaki hastaların pnömokok ve influenza gibi morbidite ve mortalitesi yüksek enfeksiyonlar açısından aşılanması gerekmektedir. İnfluenza aşısının KKY'li erişkin bireylerde sonbahar mevsiminde (Ekim ayı tercihen) ve her yıl tekrarlanması gerekmektedir. Pnömokok aşısı ise herhangi bir zamanında yapılabilir [99 ve 100].

Kalp yetersizliği olan bireylerin öz bakımlarını üstlenmeleri durumunda sağlık statüleri yükselmekte hemodinamik konjesyon, miyokardiyal stres ve sistemik inflamasyon gibi klinik çıktılarda iyileşme sağlanmakta [101], buna bağlı KY semptomları hafiflemekte ve hastane yatışları da azalmaktadır [128]. Öz bakım eksikliği teorisine göre temellendirilen ve telefonla destek sunulan hemşirelik bakım eğitiminin; KY'li bireylerde istenilen sağlık davranışları ve öz bakım gücünün geliştirilmesinde, semptom yönetiminin sağlanmasında yarar sağladığı belirtilmiştir. Bu doğrultuda KY hastalarda öz bakım davranışlarının artırılması ve sürdürülmesi hastalık yönetiminde büyük önem taşımaktadır [13, 102].

2.11. Kalp Yetersizliğinde Hasta Eğitimi

Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımının hedefi; hastalık belirtilerini azaltarak, kişilerin hareket kabiliyetlerini artırmak, sıklıkla hastane yatışlarını önlemek, hastaların yaşam kalitesini artırıp yaşam aktivitelerinde bireyi bağımsız etkin kılarak, yaşamında aktif hale getirmeyi hedeflemektedir [21]. Hemşireler, KY bakımı hasta ve aileyi de etkin kılacak şekilde planlamalı ve bireyin kendi bakımına aktif rol alması sağlanmalıdır [103]. Bu doğrultuda KY'nin yönetiminde hastalara eğitim verilmeli, hastaların neyin kendileri için faydalı olduğunu anlaması, kendi kendilerine semptom tanıma ve izleme yönetimi becerileri kazanmaları sağlanmalıdır. KY'de hasta eğitimine dahil edilmesi gereken konular Tablo 2.4.'de özetlenmiştir [21].

Tablo 2.4. ESC 2021 Kılavuzu KY Hasta Eğitimi Konuları

Eğitim konusu	Amaç	Öneriler
KY hakkında genel bilgiler	Kalp yetersizliğinin doğasını, nedenlerini ve risk faktörlerini açıklama Semptomların altında yatan nedenleri anlama Tedavi yöntemlerini ve amacını anlama KY prognozu ve olası komplikasyonları hakkında bilgilendirme	Hastaya ait özelleştirilmiş bilgilerle eğitimi destekleyin. Tanı konulmasından başlayarak tedavi seçeneklerine karar verme, klinik durumuyla ilgili gelişebilecek bir değişiklik sonrası bilgilendirin.
Tıbbi Tedavi Seçenekleri	İlaç tedavisi konusunda ortak karar alma Tedavinin endike durumları, yan etkileri, tedavi dozunu, belirli ilaç tedavi süreleri için gerekli bağlılık durumlarını açıklama İlaç yan etkilerini nasıl yönetebileceğini bilme	İlaç yan etkileri, tedavi dozu, kullanım durumu hakkında hastaya yazılı ve sözlü şekillerde eğitim imkanı sunun. İlaç zaman çizelgesi, unutulmuş tedavi dozlarıyla ilgili durumlarda ne yapılması gerektiğini tartışın. Doz kutusu, elektronik hatırlatıcılar gibi yardımcıları hakkında uygunluk durumuna göre bilgilendirin.
İmplant Edilebilen Cihazlar	Cihaz tedavisi konusunda ortak karar alma, Cihaz tedavisinde endikasyonlar, önemli noktalar, kontrol rutinleri, olağanüstü durum yönetimi hakkında bilgilendirme, sık görülen komplikasyonlar ve öneriler hakkında bilgilendirme	İmplant cihazların tedavideki yeri, önemi ve takibinin nasıl yapılacağı hakkında yazılı ve sözlü bilgilendirin. Olası durumları, araç kullanımı gibi özellikli durumlar hakkında bilgilendirin. Cihazın devre dışı kalabileceği durumlar hakkında bilgilendirin.
Aktivite ve Egzersiz	Düzenli egzersizin önemi Fizik aktiviteyi semptom durumuna ve şiddetine göre belirleyebilme, Uygun fizik aktivitenin kişiye uygun koşullara uyarlanabilmesi	Kırılganlık ve kişideki komorbid durumlarla ilgili sınırlamaları hasta ile tanımlayın. Egzersiz programı veya alternatif seçeneklere yer verin. Olası engeller ve egzersiz sonlandırılması gereken durumlar hakkında bilgilendirin.
Uyku Sorunları	Kardiyak problemler açısından uyku ve dinlenmenin önemi Uyku problemlerini açıklayabilme Uyku süresini optimize edecek pratik uygulamalar	Bireyin uyku öyküsünü alın. Uyku düzeni oluşturulması ve uyku sağlığı hakkında bilgilendirme yapın. Uyku farmakolojik tedavisinin önemi ve yan etkilerini açıklayın.
Sıvı Kısıtlaması	Aşırı sıvı yüklenmesinin önüne geçmek (sıvı alımını kontrol altına almak, ileri KY ve hiponatremisi olan hastalarda konjesyonu önlemek) Dehidratasyonun önüne geçmek (bulantı-kusma, diyare, yüksek sıcaklık, nem durumlarında sıvı alımını kontrollü olarak artırmak)	Sıvı kısıtlamasının amacını açıklayın. Ek sıvı alımı gerektiren durumlarla ilgili ve sıvı alımının kiloya uygun ayarlanması gerektiğini bildirin. Akut kompansasyon dönemlerinde sıvı alımını ayarlayın.

Tablo 2.4. ESC-2021 Kılavuzu KY Hasta Eğitimi Konuları

Eğitim Konusu	Amaç	Öneriler
Beslenme	Kardiyak kaşeksinin önlenmesi, Sağlıklı beslenme yöntemlerini bilme, Aşırı sodyum alımından kaçınma ve ideal kiloyu koruma	Beslenme alışkanlıklarını, tuzun ve mikro besinlerin rolünü tartışın. Takviye tedavi gerektiren durumlar hakkında bilgi verin.
Alkol- Sigara Kullanımı	Kardiyomiyopati açısından aşırı alkol kullanımından kaçınma, Alkolü KVH'ı önleme önerilerine uygun kısıtlama, Sigara ve diğer keyif verici madde kullanımının sağlık üzerindeki etkilerinin farkındalığını artırma, Sigarayı bırakma	Alkol alımını KY etiyolojisine göre ayarlayın (alkole bağlı kardiyomiyopati). Alkol alımını KVH önleme kılavuzlarına uygun bilgilendirin. Sigara ve madde kullanımı konularında yerine koyma tedavisi hakkında bilgilendirin ve karar almada yardımcı olun.
Bağışıklama	İnfluenza ve zatürre hastalıkları için bağışıklamanın gereksiniminin farkında olma	Aşılanmanın faydaları ve olası engelleri hakkında konuşun. Yerel bağışıklama uygulamaları hakkında bilgilendirin.
Seyahat	Fizik aktiviteye uygun seyahat planı yapabilmek Araç kullanımı hakkında karar alabilmek	Uzun süren seyahatler, yurtdışı seyahatleri, uzun süreli güneşe maruz kalma gibi konularda pratik yapın. İlaçlar ve kullanılan cihazlarla ilgili pratikler geliştirin (İlaçlar, cihaz adı/kartının ve tedavi merkezlerinin bulunduğu bir liste bulundurun.) Sürüşle ilgili yerel ve yabancı düzenlemeler hakkında bilgilendirin
Cinsel Aktivite	Fizik kapasiteye uygun cinsel aktiviteye devam edebilme ve cinsel aktiviteyle ilgili olası sorunların, bireylerin kaygılarının paylaşılması, KY ile cinsel aktivite sorunlarının ilişkisini açıklama	Genel durumu stabil olan KY hastalarının cinsel aktivitesinin güvenli olduğunu açıklayın. Cinsel sorunlarla ilgili mevcut tedavi seçeneklerini tartışın. Cinsel danışmanlık - gerektiğinde- önerin. Cinsel sorunlara kaynak olabilecek faktörleri açıklayın.
Semptom izleme Semptom öz yönetimi	Belirti ve bulgulardaki değişiklikleri tanıma Sağlık uzmanıyla iletişime geçilmesi gereken durumları ve acil tıbbi yardım gerektiren durumları bilme	KY hastalarını semptomların öz yönetimi konusunda desteklemek için kişiselleştirilmiş bilgiler hazırlayın.
Psikolojik Sorunlar Aile Destek	KY ile yaşam kalitesi yüksek bir hayat sürmek Kronik durumla mücadele sırasında oluşabilecek depresif bozukluklar ve anksiyete gibi durumlarda yardım isteyebilme Aile üyelerinin yardım isteyebileceğini kabullenme	Destek ihtiyacını, hastanın bağımsız olmak istediği konuları dile getirin. Gerektiğinde psikolojik destek için yönlendirin. Bakım veren/ aile katılımını tartışın.

*Bu tablo ESC-2021 Kılavuzu KY Hasta Eğitimi Konuları kılavuzundan çevrilmiştir [21].

2.12. Hasta Eğitiminde Öğrendiğini Anlat Yöntemi

Hasta eğitiminde klasik ve modern birçok yöntem bulunmakla birlikte son yıllarda kullanılan en etkili yöntemlerden biri “öğrendiğini anlat” yöntemidir [29]. Öğrendiğini Anlat (Teach-Back) yöntemi hastaların tanı süreçleri, tedavi seçenekleri, ilaçların endike durumlarıyla ilgili önemli bilgileri doğru anlamaları ve kalıcı şekilde akılda tutmaları için kullanılan eğitim tekniğidir. Öğrendiğini Anlat yöntemi, "bana göster" şeklinde de tanımlanmakta ve eğitimler sırasında sağlık profesyonelleri ile hizmet alanlar arasındaki iletişim problemlerini de ortadan kaldırmada yarar sağlamaktadır [29]. Yöntem, bireylerin kendilerine sunulan sağlık bilgilerini “kendilerince” düzenleyerek geri bildirimde bulunmaları esasına dayanırken [32], yöntemin uygulama basamakları sırasında bireyin eksik veya yanlış bilgisi değerlendirilmektedir.

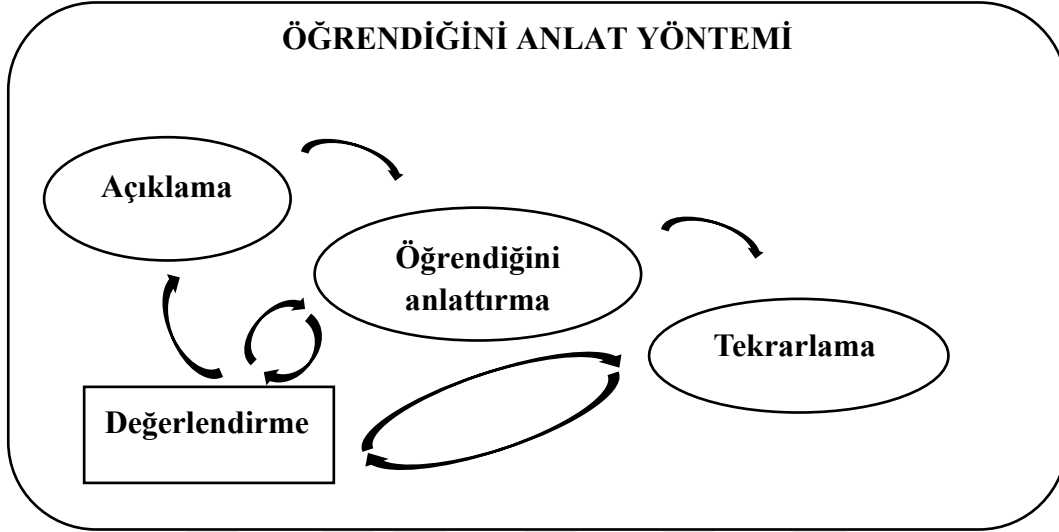
Öğrendiğini anlat yöntemiyle eğitim verirken dikkat edilmesi gerekenler [104];

- Hastanın anlayabileceği sadelikte bir dil seçimi,
- Eğitim verilirken bireyin soru sorması için ilave zaman ayrılması,
- Eğitim bilgilerinin daha küçük parçalara ayrılması,
- Eğitimin hastaya yöneltilen açık uçlu sorularla desteklenmesi,
- Hastalara basit bir evet ya da hayır cevabı gerektirmeyen sorular yöneltilmesi,
- Yöntemi kullanırken aceleci bir tavır sergilenmemesi,
- Eğitimde anlaşılması kolay, kullanımı pratik eğitim materyallerinin hazırlanması,
- Eğitim verilen hastanın özelliklerini dikkate alarak uygun olabilecek yaklaşımın belirlenmesi,

Öğrendiğini Anlat Metodunun kullanımına ilişkin basamaklar şu şekildedir [104];

- Açıklama: Bu aşamada konu ile ilgili standart olarak kullanılan yaklaşımlarla hastaya eğitim verilir. Bireye dikkat etmesi gereken durumlar, konu ile ilgili önemli noktalar açıklanır.
- Öğrendiğini anlattırma: Eğitim devam ederken etkileşimler esnasında konuyla ilgili hastalardan anlatılanları kendi ifadeleriyle tekrar etmeleri ve uygulamalı kısımları nasıl yapacağını göstermeleri istenir.
- Değerlendirme: Hasta gereken açıklamayı doğru ve eksiksiz şekilde açıklayamazsa veya nasıl yapılması gerektiğini gösteremezse hastanın verilen eğitim bilgilerini tam olarak anlayamadığı kabul edilir.
- Tekrarlama: Önce verilen bilgiler ve konuların püf noktaları tekrarlanır.

- Yeniden Değerlendirme: Hastanın eğitim bilgilerini doğru, eksiksiz anladığından emin oluncaya kadar açık uçlu sorular sorulur. Öğrendiğini anlat yöntemi uygulama basamakları Şekil 2.2. 'de belirtilmiştir [129].



Şekil 2.2. Öğrendiğini Anlat Yöntemi Uygulama Basamakları

Hepatit B’li hastalarda öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimde öğrenilen bilgilerin daha uzun süreli hatırlanmasını sağlayarak beklenen sağlık sonuçlarını iyileştirdiği belirtilmiştir [105]. Azizi vd. [106]’nin yaptığı çalışmada, akut koroner sendromlu hastalarda öğrendiğini anlat yöntemi kullanılarak verilen eğitimin hastaların rehospitalizasyonunu azalttığı saptanmıştır. Boyde vd. [107]’nin KY hastalarında randomize kontrollü yürüttüğü çalışmasında, öz bakım eğitimi verilen müdahale grubunda hastaneye yeniden yatışların azaldığı belirtilmiştir. Öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimlerin kalp yetersizliği olan hastaların öz bakımı ve hastaneye tekrar yatışlar üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada üç ay sonrasında, müdahale grubundaki toplam öz bakım puanlarının anlamlı derecede farklılık gösterdiği, öğrendiğini anlat eğitiminin öz bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediği ve kalp yetersizliği olan hastaların tekrar başvuru sayısını azalttığı belirtilmiştir [108]. Öğrendiğini anlat yönteminin hastaların hastalık öz yönetimi ve sağlık sonuçları üzerindeki etkisinin incelendiği sistematik derleme çalışmasında ise hasta memnuniyetinin arttığı, taburculuk sonrası yeniden kabul oranlarının iyileştiği, hastalık öz yönetimini arttırdığı bildirilmiştir [109]. Kola vd. [35]’nin KY olan bireylere multimedya eğitimi ve öğrendiğini anlat tekniğiyle verilen eğitimlerin hastaların hastalık bilgilerine, öz bakım davranışlarına, yaşam kalitelerine etkisinin araştırıldığı çalışmasında, öğrendiğini anlat tekniğinin hastalık ve tedaviyle ilgili parametrelerde daha yüksek iyileşmeyi sağladığı saptanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin semptom kontrolü, tedaviye uyum ve öz bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırma Tipi

Bu araştırma “ön test-son test” düzeninde, randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁-0: Kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin semptom kontrolüne etkisi yoktur.

H₁-1: Kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin semptom kontrolüne etkisi vardır.

H₂-0: Kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin tedaviye uyumuna etkisi yoktur.

H₂-1: Kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin tedaviye uyumuna etkisi vardır.

H₃-0: Kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin öz bakım davranışlarına etkisi yoktur.

H₃-1: Kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin öz bakım davranışlarına etkisi vardır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde 13 Ocak 2023 – 30 Kasım 2023 tarihlerinde yürütülmüştür. Kardiyoloji Servisi tanı ve tedavi amacıyla hastaların takip edildiği, 23 yataklı bir servistir. Kardiyoloji servisinde 1 Profesör, 4 Dr. Öğr. Üyesi, 2 uzman doktor, 12 hemşire ve 4 yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde takip ve tedavi amacıyla yatan kalp yetersizliği tanılı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini Kardiyoloji Servisi'nde kalp yetersizliği tanısıyla yatarak tedavi alan ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının hesaplanmasında G Power 3.1.9.2 analiz programı kullanılmıştır. Yapılan güç analizinde Kola vd. [35] 'nin yaptığı çalışma temel alınmış olup araştırmanın ana çıktılarından Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ortalama puanları kullanılarak örneklem sayısı hesaplanmıştır. Yapılan güç analizi sonucu %80 güç, 0.05 hata payı, 0.75 etki büyüklüğü ve müdahale-kontrol oranı 1/1 kullanılarak örneklem büyüklüğü 58 olarak hesaplanmıştır. Bununla birlikte araştırma sürecinde yaşanabilecek veri kayıpları da düşünülerek örnekleme %10 oranında fazla birey alınması planlanmış olup örneklem sayısı eğitim grubunda 32, kontrol grubunda 32 olmak üzere toplam 64 olarak belirlenmiştir.

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 6 ay önce kalp yetersizliği tanısı alan,
- Türkçe konuşan ve anlayan,
- Telefonla iletişim kurabilen,
- Okuma yazma bilen,
- Araştırmaya katılmaya onam veren bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaş altında olan,
- New York Heart Association (NYHA) I. ve IV. evresinde kalp yetersizliği olan,
- Bilişsel işlev bozukluğu olan,
- Nöropsikiyatrik hastalığı olan,
- Araştırmaya katılmaya onam vermeyen bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

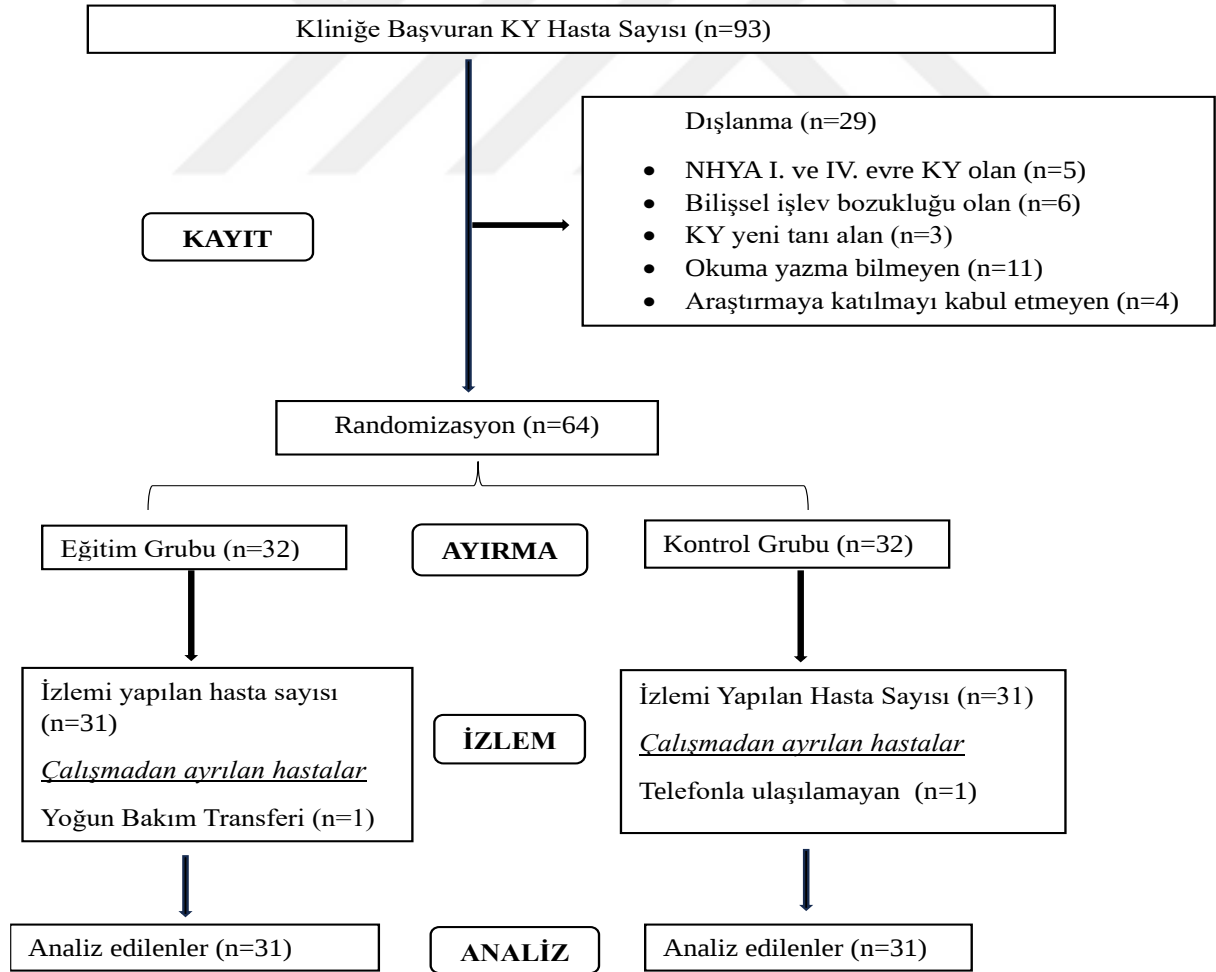
3.5.3. Araştırma Sırasında İzlemden Çıkarılma Kriterleri

- Telefonla ulaşılamayan,
- Araştırmadan ayrılmak isteyen,

- Takip süresince genel durum bozukluğu yaşayan ve yoğun bakım ünitelerine yatışı yapılan bireyler çalışmadan çıkarılmıştır.

3.6. Randomizasyon ve Körleme

Araştırmanın yürütüldüğü kardiyoloji kliniğine yatışı yapılan 93 KY hastasından NHYA I. ve IV. evre KY olan (n=5), bilişsel işlev bozukluğu olan (n=6), KY yeni tanı alan (n=3), okuma yazma bilmeyen (n=11), araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=4) toplamda 29 hasta araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler blok randomizasyon yöntemi kullanılarak eğitim (n=32) ve kontrol (n=32) gruplarına atanmıştır. Örneklem sayısına ulaşana kadar bu atamaya devam edilmiştir. Hastaların izlemi sırasında eğitim grubundaki 1 hasta taburculuk sonrası yoğun bakıma yatışı yapıldığı için; kontrol grubundaki 1 hasta izlemde telefonla ulaşılamaması nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. Böylece çalışmanın eğitim (n=31) ve kontrol grubu (n=31) olmak üzere 62 hasta ile tamamlanmıştır (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Consort Akış Şeması

Eğitim uygulamaları araştırmacı tarafından uygulandığı için eğitimci körülenememiştir. Eğitim grubuna öğrendiğini anlat yöntemiyle eğitim verilirken, kontrol grubuna standart klinik eğitim verilmiş ve KY hastalarına hangi grupta oldukları söylenmemiş ve hastaların körülenmesi sağlanmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi sırasında eğitim ve kontrol gruplarına ayrı kodlar verilerek (eğitim grubu: 1, kontrol grubu: 2 şeklinde) istatistik ve raporlama yanlışlıkları önlenmeye çalışılmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği-8, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği-12, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Form bireylerin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin veriler toplamayı amaçlayan sorulardan oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler kısmında hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, evde kiminle/kimlerle yaşadığı, sigara ve alkol kullanımı; hastalığa ilişkin özellikler kısmında ise hastanın beden kitle endeksi, kalp yetersizliği tanı süresi, ejeksiyon fraksiyonu, ek kronik hastalık durumu, daha önce kalp yetersizliğine yönelik eğitim alıp almadıkları ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.7.2. Morsky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8)

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8) 7 tane iki seçenekli evet/hayır 'lı sorulardan, 1 tane de beş seçenekli kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. 1- 7. sorulara verilen hayır cevabı için 1 puanlaması, beşinci soruya verilen evet cevabına 1 puanlaması yapılır. 8. soruda bir seçenek haricindeki diğerleri tedavi uyumunun düşük olduğunu belirtilmektedir. Puanlama sadece asla/nadiren cevabına "1", diğer seçenekler içinse "0" şeklindedir. Ölçeğe göre düşük uyum < 6 puan, orta uyum= 6-7 puan, 8 puan yüksek uyum olarak ifadelendirilir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sayiner tarafından yapılmış olup, Cronbach's alpha katsayısı 0,78 olarak saptanmıştır [110]. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0,82 olarak saptanmıştır.

3.7.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği-12

Kalp yetersizliğinde, bireylerin yaşadığı belirli semptomlara yönelik öz bakım girişimlerini değerlendiren 12 sorudan oluşan ölçek "Tedaviye uygunluk", "Faaliyetlere

uyuma”, “Tavsiyeye bağılılık”, “Yardım alma” olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. 5 'li likert tip ölçekten alınabilecek puan 12-60 arasında değişmekte ve skorun yüksek olması düşük öz bakımı ifade etmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Baydemir vd. [111] tarafından yapılmış ve Cronbach alpha katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,78 olarak saptanmıştır.

3.7.4. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği

Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği (KYSDÖ), KY hastalarında en sık rastlanılan semptomlardan dispne, yatar durumda dispne, yorgunluk, göğüs ağrısı, ödem, uyku sorunları, sersemlik ya da baş dönmesi gibi yedi temel semptomun varlığı, sıklığı, şiddeti ve hastayı ne derecede etkilediğini değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirmesinde her semptom için hastaların sıklık, şiddet ve rahatsızlık için verdiği tüm değerler toplanmaktadır. Ölçekten alınabilen puanlar 0-84 arasında olup, alınan puanın artması semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ile Gök Metin ve Gülbahar tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,86 bulunmuştur [112]. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,82 olarak saptanmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 13 Ocak 2023- 30 Kasım 2023 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmanın ön test verileri yatıştan itibaren ilk 24 saat içerisinde son test verileri ise taburculuktan 3 ay sonra toplanmıştır.

3.8.1. Eğitim grubuna yapılan uygulamalar

Öğrendiğini anlat grubundaki hastalara yapılan uygulamalar aşağıda belirtilmiştir.

1. Kalp yetersizliğine yönelik eğitim materyali hazırlandı. Eğitim materyali araştırmacılar tarafından kalp yetersizliği hastalarına yönelik ulusal ve uluslararası rehberler taranarak oluşturuldu [21, 113 – 116]. Eğitim materyali kalp yetersizliği genel bilgiler, kalp yetersizliği belirtileri, nedenleri ve yönetimi, kalp yetersizliğinde bakım, kalp yetersizliği yönetimi eylem planı ana başlıklarından oluşmaktadır. Kalp yetersizliğinde bakım alt başlığında beslenme, sodyum kısıtlaması, sıvı alımı, sigara-alkol kullanımı, kilo kontrolü, ödem takibi, egzersiz, bağışıklama, cinsel aktivite, uyku problemleri, ruh hali, aile desteği, seyahat ve ilaç tedavisi konularına yer verildi. Eğitim materyalinin kalitesini değerlendirmek amacıyla DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) kılavuzu kullanıldı [117].

Discern Kılavuzu 'na göre uzman değerlendirmesi 2 kardiyoloji uzmanı, 2 kardiyoloji hemşiresi, 2 akademisyen ve 1 eğitim bilimlari uzmanı tarafından yapıldı.

2. Yatıştan itibaren ilk 24 saat içerisinde araştırma kriterlerine uyan bireylerden yazılı ve sözlü onam alındı ve ön test verileri toplandı.

3. Hastaların akut semptomları kontrol altına alındıktan sonra (kliniğe yatış sonrası ilk 24-48 saat içinde) eğitim verildi. Bireyle ilk görüşme yaklaşık 45-60 dakika sürdü. Eğitim verilirken öğrendiğini anlat yöntemi kullanıldı. Öğrendiğini anlat eğitiminin uygulanmasında aşağıdaki basamaklar izlendi [104].

Açıklama: Kalp yetersizliği konulu hazırlanan eğitim materyaliyle birlikte hastaya eğitim verildi. Bireyin dikkat etmesi gereken durumlar, konu ile ilgili önemli noktalar açıklandı.

Öğrendiğini anlattırma: Konu ile ilgili bilgiler verildikten sonra hastalardan anlatılan konuları kendi ifadelerine göre düzenleyerek tekrar etmeleri ve uygulamalı alanlarda nasıl uygulanacağını göstermeleri istendi.

Değerlendirme: Hasta ne yapması gerektiğini açıklayamaz veya gösteremezse ya da yanlış ifade ediyorsa hastanın verilen eğitim bilgilerini tam olarak anlayamadığı varsayıldı.

Kalp yetersizliği tanılı bireylere eğitim sürecinde sorulan değerlendirme sorularından bazıları şunlardır:

- Kilo takibinizi yaparken dikkat etmemiz gerekenleri birlikte tekrarlayalım mı?
- İlaçlarınızı alıp almadığınızı hatırlayamadığınız zamanlar oluyor mu? Hatırlayamadığınızda ne yapıyorsunuz?
- Sıvı tüketiminiz 1,5-2 lt ile sınırlandırılmış, kontrollü sıvı tüketimini nasıl yapıyorsunuz? Anlatır mısınız?
- Günlük hayatta farkında olmadan tükettiğimiz ve tuz içerikleri fazla olan besinler var mı? Hangi tuzlu yiyeceklerin tüketiminden kaçınmanız gerekiyor?

Tekrarlama: Hastanın gerekli açıklamayı yapamadığı ya da önemli noktaların atlandığı, unutulduğu durumlarda daha önce verilen bilgilendirme tekrarlandı.

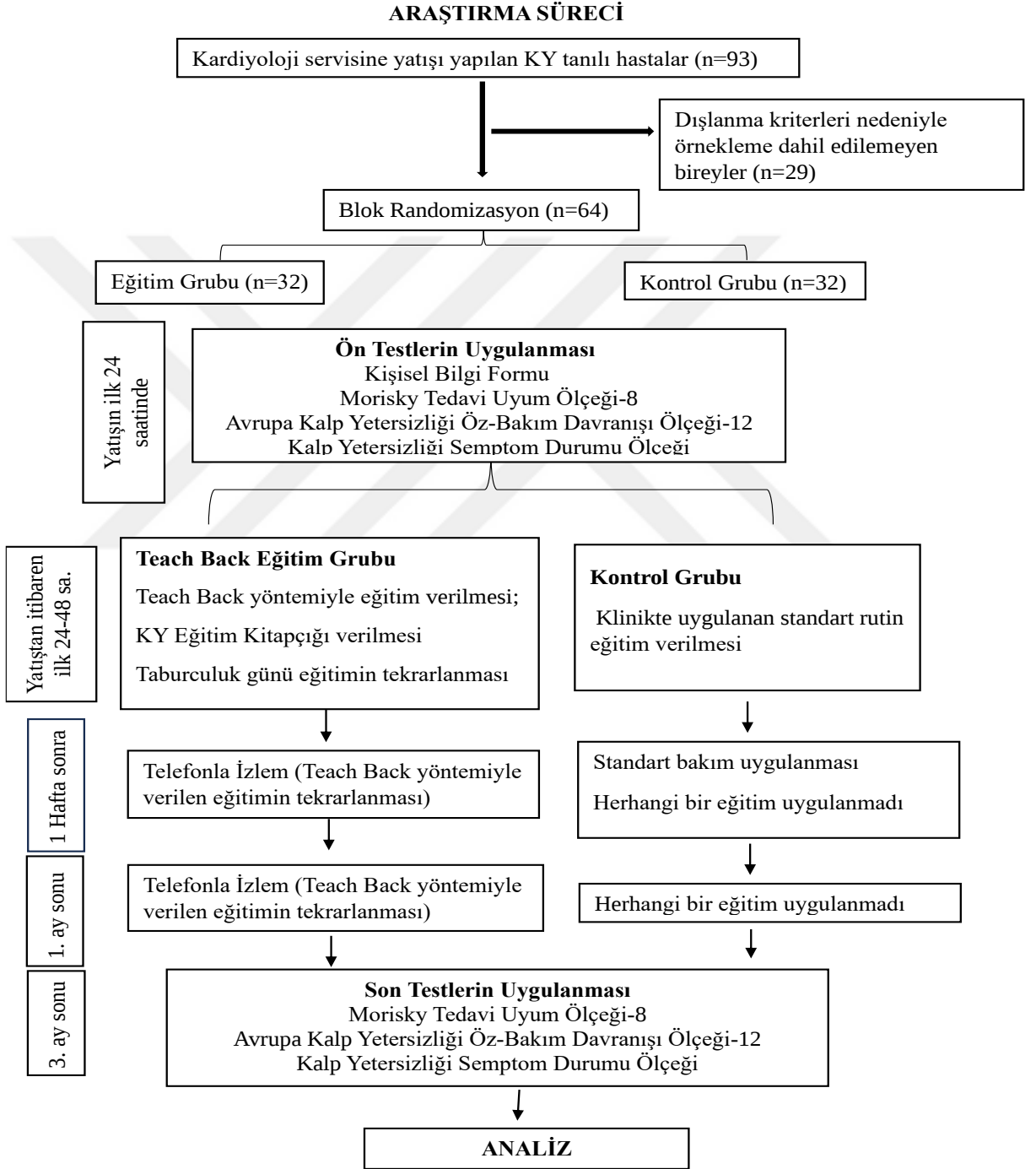
Yeniden Değerlendirme: Hastaya iletmek istenen bilgileri anladığından emin oluncaya kadar açık uçlu sorular soruldu.

4. Eğitim sonrasında bireylere araştırmacılar tarafından geliştirilen kalp yetersizliği eğitim kitapçığı verildi ve kitapçıktan nasıl faydalanabileceği anlatıldı.

5. Hasta taburcu olacağı gün eğitim tekrarlanarak araştırmacı ile iletişime geçilmesi gereken durumlar anlatıldı ve araştırmacının iletişim bilgisi paylaşıldı.

6. *Telefonla İzlem*: Telefon görüşmeleri araştırmacı tarafından taburculuktan itibaren birinci haftada, 1. ay ve 3. ayda yapıldı. Ayrıca hastalar ihtiyaç halinde araştırmacıyı telefonla arayarak hastalık yönetimi konusunda danışmanlık aldı. Görüşmelerin süresi ise yaklaşık 15-30 dakika sürdü.

7. Araştırmanın son test verileri taburculuk sonrası 3. ayda telefonla toplandı (Şekil 3.2.).



Şekil 3.2. Araştırma Süreci

3.8.2. Kontrol grubuna yapılan uygulamalar

1. Araştırma kriterlerine uyan bireylere çalışmanın amacı anlatılarak yazılı ve sözlü onamları alındı.
2. Hastalar kardiyoloji servisi rutin bakım uygulaması kapsamında kalp yetersizliğinde bakım ve belirtilerin yönetimi konulu sözlü eğitime (15 dakika süreli) katıldı. Bu hastalara öğrendiğini anlat yöntemiyle eğitim verilmedi.
3. Araştırmanın ön test verileri (veri toplama formları) yatıştan itibaren ilk 24-48 saat içerisinde toplandı.
4. Kontrol grubundaki hastalara izlem süresince herhangi bir girişim uygulanmadı.
5. Taburculuk sonrası 3. ayda son test verileri telefonla toplandı.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (Evrak Tarih ve Sayısı: 09.09.2022-88930). Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin alındı (Evrak Tarihi ve Sayısı: 16/09/2022-62949364). Katılımcılara açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alındı.

3.10. Verilerin değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile belirlendi. Bağımsız iki grup analizlerinde normal dağılım gösteren verilerde Independent Samples T Test ve göstermeyen verilerde Mann Whitney U Testi kullanıldı. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde ise Pearson Ki-Kare Test, Fisher Exact Test, Fisher Freeman Halton Exact Test, Yates düzeltmesi ve Post Hoc Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Bağımlı iki grubun ölçüm analizinde, normal dağılım gösterilmediği için veriler Wilcoxon testi ile incelendi. Grup-Zaman etkileşimini analiz etmek amacıyla ise iki yönlü ANOVA testi kullanıldı. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin semptom kontrolü, tedaviye uyum, öz bakım davranışlarına etkisine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Gruplar		Toplam	p
	Eğitim	Kontrol		
	Mean ±SS	Mean ±SS	Mean ±SS	
Yaş (Yıl)	65,19±10,01	68,67±8,13	66,93±9,21	0,242 ^u
BKİ (kg/m2)	28,54±3,73	30,33±6,18	29,43±5,14	0,193 ^u
	n(%)	n(%)	n(%)	
Cinsiyet				0,426*
Kadın	9(29)	13(41,9)	22(35,5)	
Erkek	22(71)	18(58,1)	40(64,5)	
Medeni Durum				0,533*
Evli	26(83,9)	23(74,2)	49(79)	
Bekar	5(16,1)	8(25,8)	13(21)	
Eğitim Durumu				0,020*
Okur Yazar	1(3,2)	4(12,9)	5(8,1)	
İlkokul-Ortaokul	19(61,3)	25(80,6)	44(71)	
Lise	9(29)	2(6,5)	11(17,7)	
Lisans-Lisansüstü	2(6,5)	0(0)	2(3,2)	
Çalışma Durumu				>0,999*
Çalışan	2(6,5)	2(6,5)	4(6,5)	
Çalışmayan	29(93,5)	29(93,5)	58(93,5)	
Gelir Durumu				0,538*
Geliri Giderinden Az	1(3,2)	1(3,2)	2(3,2)	
Geliri Giderine Denk	22(71)	26(83,9)	48(77,4)	
Geliri Giderinden Fazla	8(25,8)	4(12,9)	12(19,4)	
Birlikte Yaşama Durumu				0,157*
Yalnız Yaşıyor	1(3,2)	0(0)	1(1,6)	
Eş	14(45,2)	9(29)	23(37,1)	
Eş ve Çocuklar	11(35,5)	19(61,3)	30(48,4)	
Diğer	5(16,1)	3(9,7)	8(12,9)	

^uMann Whitney U test,

*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Exact Test, Fisher Freeman Halton Exact Test, Yates Düzeltmesi, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de yer verilmiştir. Eğitim grubundaki hastaların yaş ortalaması 65,19±10,01; kontrol grubundaki hastaların 68,67±8,13 'dür. Araştırmaya dahil edilen hastaların %64.5 'i erkek, %79 'u evli, %71 'i ilköğretim mezunudur. Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark olmadığı, yalnızca eğitim durumu değişkeninde gruplar arası anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Durumuna İlişkin Özellikleri

Değişkenler	Gruplar		Toplam n(%)	p
	Eğitim n(%)	Kontrol n(%)		
Sigara Kullanımı				0,730*
Evet	4(12,9)	6(19,4)	10(16,1)	
Hayır	27(87,1)	25(80,6)	52(83,9)	
Alkol Kullanımı				>0,999*
Evet	1(3,2)	0(0)	1(1,6)	
Hayır	30(96,8)	31(100)	61(98,4)	
Ek Hastalık Varlığı				0,434*
Var	21(67,7)	17(54,8)	68(61,3)	
Yok	10(32,3)	14(45,2)	24(38,7)	
Hastalığa İlişkin Eğitim Alma				0,707*
Evet	5(16,1)	3(9,7)	8(12,9)	
Hayır	26(83,9)	28(90,3)	54(87,1)	
	Mean ±SS	Mean ±SS	Mean ±SS	
Ejeksiyon Fraksiyonu	43,48±12,51	40,87±10,82	42,17±11,67	0,398 ^a
Tanı Süresi	2,48±2,12	3,67±2,35	3,08±2,30	0,023^a

*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Exact Test, Yates Düzeltmesi

^aMann Whitney U test

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların hastalık durumuna ilişkin bulgular Tablo 4.2.'de sunulmuştur. Eğitim grubundaki hastaların EF ortalamasının %43.48±12.51, kontrol grubundaki hastaların EF ortalamasının %40.87±10.82 olduğu; eğitim grubu hastalarında KY tanı süresi ortalaması 2,48±2,12 yıl; kontrol grubundaki hastalarda 3,67±2,35 yıl olarak saptanmıştır. Her iki gruptaki hastalığa ilişkin veriler incelendiğinde, KY tanı süresinin anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) diğer değişkenlerin anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanlarının Gruplara Göre Değişimi

Değişkenler	Çalışma Grupları		Toplam	p
	Eğitim Med(IQR)	Kontrol Med(IQR)		
MTUÖ Ön Test	6(4-7)	4(3-6)	5(3-7)	0,086 ^a
MTUÖ Son Test	7(6-8)	6(4-7)	6(5-7)	0,004^a
MTUÖ Ön Test				0,087 [*]
Düşük Uyum	12(38,7)	20(64,5)	32(51,6)	
Orta Uyum	16(51,6)	8(25,8)	24(38,7)	
Yüksek Uyum	3(9,7)	3(9,7)	6(9,7)	
MTUÖ Son Test				0,035[*]
Düşük Uyum	5(16,1)	14(45,2)	19(30,6)	
Orta Uyum	16(51,6)	12(38,7)	28(45,2)	
Yüksek Uyum	10(32,3)	5(16,1)	15(24,2)	

^aMann Whitney U test^{*}Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Exact Test, Yates Düzeltmesi, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) puan ortalamalarının gruplara göre değişimi Tablo 4.3.'te yer almaktadır. Eğitim ve kontrol gruplarında MTUÖ ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ($p>0,05$), son test puanlarında ise anlamlı farklılık olduğu, eğitim grubu uyum puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.4. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Ortalama Puanlarının Zamana Göre Değişimi

Değişkenler	Med((IQR)	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Ortalamalar Toplamı	z	p
Eğitim Grubu							
MTU Ön Test	6(4-7)	Negatif sıralar	1	6,50	6,50		
MTU Son Test	7(6-8)	Pozitif sıralar	20	11,23	224,50	3,876	<0,001^w
		Eşit	10				
		Toplam	31				
Kontrol Grubu							
MTU Ön Test	4(3-6)	Negatif sıralar	1	3,00	3,00		
MTU Son Test	6(4-7)	Pozitif sıralar	12	7,33	88,00	2,999	0,003^w
		Eşit	18				
		Toplam	31				

^wWilcoxon test

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların MTUÖ puan ortancalarının zamana göre değişimi Tablo 4.4. 'te verilmiştir. Eğitim ve kontrol grubu hastalarının MTUÖ ön test son test puanları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hem eğitim hem

kontrol grubundaki hastaların MTUÖ son test puanlarının ön test puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanlarının Grup-Zaman Etkileşimleri

Grup*Zaman Etkileşimleri		Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	
		Mean $\pm$ SS	
Eğitim Grubu	Ön Test	5,32 $\pm$ 2,10	
	Son Test	6,74 $\pm$ 1,23	
Kontrol Grubu	Ön Test	4,38 $\pm$ 2,15	
	Son Test	5,29 $\pm$ 2,11	
		F	P
Grup		7,194	0,009
Zaman		29,816	<0,001
Grup*Zaman		1,472	0,230

¹İki Yönlü ANOVA

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların MTUÖ puanlarına ilişkin grup-zaman etkileşimleri Tablo 4.5.'te yer almaktadır. MTUÖ puan ortalamalarının grup ($F=7,194$ $p<0,05$) ve zaman etkileşiminin ($F=29,816$ $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlılık olduğu, grup zaman etkileşiminin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=1,472$ $p>0,05$).

Tablo 4.6. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Puanlarının Gruplara Göre Değişimi

Değişkenler	Gruplar		Toplam	p
	Eğitim	Kontrol		
KYSD Ön Test	49,87 $\pm$ 11,47	48,26 $\pm$ 13,06	49,06 $\pm$ 12,22	0,607 ¹
KYSD Son Test	37(32-45)	40(33-46)	39(33-45)	0,434 ²

¹Independent Samples T test

²Mann Whitney U test

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puan ortalamalarının gruplara göre değişimi Tablo 4.6.'da yer almaktadır. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği puanlarının son testte her iki grupta da azaldığı görülmekle birlikte, KYSDÖ ortalama puanlarının gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Değişimi

Değişkenler	Med (IQR)	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Ortalamlar Toplamı	z	p
Eğitim Grubu							
KYSD Ön Test	48(40-55)	Negatif sıralar	27	16,78	453,00		
KYSD Son Test	37(32-45)	Pozitif sıralar	3	4,00	12,00	4,537	<0,001 ^w
		Eşit	1				
		Toplam	31				
Kontrol Grubu							
KYSD Ön Test	51(42-55)	Negatif sıralar	23	15,39	354,00		
KYSD Son Test	40(33-46)	Pozitif sıralar	5	10,40	52,00	3,441	0,001 ^w
		Eşit	3				
		Toplam	31				

^wWilcoxon test

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların KYSDÖ ortalama puanlarının zamana göre değişimleri Tablo 4.7.'de yer almaktadır. Hem eğitim hem de kontrol grubundaki hastaların KYSDÖ ön test-son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların KYSDÖ son test puanlarının ön test puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Puanlarının Grup-Zaman Etkileşimleri

Grup*Zaman Etkileşimleri		Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği	
Eğitim Grubu	Ön Test	49,74±11,54	
	Son Test	37,93±8,86	
Kontrol Grubu	Ön Test	48,22±13,08	
	Son Test	40,51±12,65	
		F	p
Grup		0,040	0,843
Zaman		59,681	<0,001
Grup*Zaman		2,630	0,110

İki Yönlü ANOVA

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların KYSDÖ puanlarına ilişkin grup-zaman etkileşimleri Tablo 4.8.'de yer almaktadır. KYSDÖ puan ortalamalarının grup ($F= 0,040$ $p > 0,05$) ve grup-zaman etkileşiminin ($F=2,630$ $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, zaman etkileşimin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=59,681$ $p<0,05$).

Tablo 4.9. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puanlarının Gruplara Göre Değişimi

Değişkenler	Gruplar		Toplam	p
	Eğitim	Kontrol		
Ön Test Ölçümleri	Mean ±SS	Mean ±SS		
AKYÖD Toplam	41,61±6,16	41,84±5,04	41,73±5,58	0,875 [†]
AKYÖD Tedaviye Uygunluk	14,77±3,42	14,81±3,42	14,79±3,39	0,971 [†]
AKYÖD Faaliyete Uyma	18(15-18)	18(14-19)	18(15-18)	0,565 ^u
AKYÖD Tavsiyeye Bağlılık	5(3-6)	5(3-6)	5(3-6)	0,379 ^u
AKYÖD Yardım Alma	5(4-7)	5(4-6)	5(4-6)	0,436 ^u
Son Test Ölçümleri	Med(IQR)	Med(IQR)		
AKYÖD Toplam	29(24-32)	31(29-33)	30(28-33)	0,005^u
AKYÖD Tedaviye Uygunluk	9(7-10)	10(9-11)	9(8-10)	0,006^u
AKYÖD Faaliyete Uyma	13(11-14)	14(13-15)	13(12-14)	0,013^u
AKYÖD Tavsiyeye Bağlılık	3(3-3)	3(3-4)	3(3-4)	0,011^u
AKYÖD Yardım Alma	4(2-4)	4(3-4)	4(3-4)	0,382 ^u

[†]Independent Samples T test^uMann Whitney U test

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların AKYÖD ölçeği puan ortalamalarının gruplara göre değişimi Tablo 4.9.'da yer almaktadır. Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların AKYÖD ölçeği ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). AKYÖD ölçeği son test puanları değerlendirildiğinde, eğitim grubundaki hastaların AKYÖD ölçeği son test puanlarının “yardım alma alt boyutu” hariç kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.10. Eğitim Grubu Hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Değişimi

Değişkenler	Med(IQR)	Sıralar	n	Sıra Ortalaması	Ortalamalar Toplamı	z	p
Toplam Ön Test	41(36-47)	Negatif sıralar	30	15,50	465,00		
Toplam Son Test	29(24-32)	Pozitif sıralar	0	0,00	0,00	4,783	<0,001 ^w
		Eşit	1				
		Toplam	31				
Tedaviye Uygunluk Ön Test	15(12-17)	Negatif sıralar	29	15,00	435,00		
Tedaviye Uygunluk Son Test	9(7-10)	Pozitif sıralar	0	0,00	0,00	4,710	<0,001 ^w
		Eşit	2				
		Toplam	31				
Faaliyete Uyuma Ön Test	18(15-18)	Negatif sıralar	27	14,94	403,50		
Faaliyete Uyuma Son Test	13(11-14)	Pozitif sıralar	1	2,50	2,50	4,579	0,001 ^w
		Eşit	3				
		Toplam	31				
Tavsiyeye Bağlılık Ön Test	5(3-6)	Negatif sıralar	21	11,00	231,00		
Tavsiyeye Bağlılık Son Test	3(3-3)	Pozitif sıralar	0	0,00	0,00	4,062	0,001 ^w
		Eşit	10				
		Toplam	31				
Yardım Alma Ön Test	5(4-7)	Negatif sıralar	22	12,02	264,50		
Yardım Alma Son Test	4(2-4)	Pozitif sıralar	1	11,50	11,50	3,881	0,001 ^w
		Eşit	8				
		Toplam	31				

^wWilcoxon test

Eğitim grubundaki hastaların AKYÖDÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi Tablo 4.10.'da verilmiştir. Eğitim grubu hastalarında AKYÖD ön test son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Kontrol Grubu Hastaların Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Değişimi

Değişkenler	Med(IQR)	Sıralar	n	Sıra Ortalaması	Ortalamalar Toplamı	z	p
Toplam Ön Test	41(38-46)	Negatif sıralar	30	15,50	465,00		
Toplam Son Test	31(29-33)	Pozitif sıralar	0	0,00	0,00	4,789	<0,001 ^w
		Eşit	1				
		Toplam	31				
Tedaviye Uygunluk Ön Test	14(12-19)	Negatif sıralar	28	15,27	427,50		
Tedaviye Uygunluk Son Test	10(9-11)	Pozitif sıralar	1	7,50	7,50	4,552	<0,001 ^w
		Eşit	2				
		Toplam	31				
Faaliyete Uyuma Ön Test	18(14-19)	Negatif sıralar	25	13,90	347,50		
Faaliyete Uyuma Son Test	14(13-15)	Pozitif sıralar	1	3,50	3,50	4,386	0,001 ^w
		Eşit	5				
		Toplam	31				
Tavsiyeye Bağlılık Ön Test	5(3-6)	Negatif sıralar	18	10,31	185,50		
Tavsiyeye Bağlılık Son Test	3(3-4)	Pozitif sıralar	1	4,50	4,50	3,696	0,001 ^w
		Eşit	12				
		Toplam	31				
Yardım Alma Ön Test	5(4-6)	Negatif sıralar	18	9,50	171,00		
Yardım Alma Son Test	4(3-4)	Pozitif sıralar	0	0,00	0,00	3,769	0,001 ^w
		Eşit	13				
		Toplam	31				

^wWilcoxon test

Kontrol grubu hastalarının AKYÖD ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimi Tablo 4.11.'de verilmiştir. Kontrol grubu hastalarında AKYÖD ölçeği ön test son test puanları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçekleri Puanlarının Grup-Zaman Etkileşimleri

Grup*Zaman Etkileşimleri		Toplam		Tedaviye Uygunluk		Faaliyete Uyma		Tavsiyeye Bağlılık		Yardım Alma	
Tüm Hastalar	Ön Test	41,72±5,58		14,79±3,39		16,87±2,34		4,74±1,32		5,32±1,80	
	Son Test	30,11±5,53		9,66±2,71		13,1±2,19		3,40±0,87		3,85±1,30	
Eğitim Grubu	Ön Test	41,61±6,16		14,77±3,42		16,70±2,42		4,61±1,25		5,51±1,89	
	Son Test	28,19±6,01		8,93±2,79		12,41±2,43		3,12±0,67		3,70±1,41	
Kontrol Grubu	Ön Test	41,83±5,04		14,80±3,41		17,03±2,28		4,87±1,40		5,12±1,72	
	Son Test	32,03±4,30		10,38±2,47		13,96±1,62		3,67±0,97		4,00±1,18	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Grup		3,605	0,062	1,487	0,227	4,321	0,042	3,124	0,082	0,021	0,886
Zaman		177,623	<0,001	113,56	<0,001	118,020	<0,001	63,748	0,001	43,954	<0,001
Grup*Zaman		4,298	0,042	2,174	0,146	3,278	0,075	0,750	0,390	2,341	0,131

İki Yönlü ANOVA

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların AKYÖD ölçeği puanlarına ilişkin grup-zaman etkileşimleri Tablo 4.12.' de yer almaktadır. AKYÖDÖ toplam puanları için grup-zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=4,298$ $p<0,05$).

AKYÖD “faaliyete uyma” alt boyutu puan ortalamalarının eğitim ve kontrol grubu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 4,321$ $p<0,05$).

AKYÖD ölçeği toplam puanları ve tüm alt boyutları için zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $F=177,623$ $p<0,05$; $F=113,56$ $p<0,05$; $F=63,748$ $p<0,05$; $F=43,954$ $p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin semptom kontrolü, tedaviye uyum ve öz bakım davranışlarına etkisine yönelik bulgular tartışılacaktır.

5.1. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Semptom Kontrolüne Etkisinin Tartışılması

5.2. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisinin Tartışılması

5.3. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Özbakım Davranışlarına Etkisinin Tartışılması

5.1. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Semptom Kontrolüne Etkisinin Tartışılması

Kalp yetersizliğinde aktivite sırasında yaşanan nefes darlığı, yatar pozisyonda birden fazla yastık kullanma ihtiyacı, angina, öksürük, ekstremitelerde ödem, pulmoner konjesyon, çarpıntı, yorgunluk ve halsizlik, fiziksel ve bilişsel sınırlılıklar sık karşılaşılan klinik semptomlardır [118]. Uygun tedavi rejimi ve hasta eğitimi bu semptomların etkin yönetiminde anahtar rolündedir. Çaydam ve Akan [62] 'ın yaptığı çalışmada, hastaların hastaneye en sık başvurdıkları semptomların %87.4 ile dispne, %84.6 ile ödem, %61.3 ile göğüs ağrısı ve %48.3 ile yorgunluk olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların yaşadıkları semptomların literatüre benzer şekilde %95.2 'inde gün içinde nefes darlığı, %96.8 'inde ortopne, %100 'ünde yorgunluk, %58.1 'inde angina, %37.12 'inde bacak veya ayak bileklerinde şişlik, %100 'ünde gece uyumakta zorluk, %12.9 'unda baş dönmesi ve denge kaybı olarak belirtilmiştir. KY'de semptom yükü hastaların yaşam kaliteleri, tekrarlı hastane yatışları ve kardiyak fonksiyonlar üzerinde etkili bir faktördür. Bireylerin semptom kontrolünü sağlaması ve davranış değişikliklerinin geliştirebilmesi için hasta eğitimi ve izlemlerinin yürütülmesi önemlidir. Çamcı ve Oğuz [119] 'un çalışmasında KKY hastalarına verilen eğitimlerin taburculuk sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık ve ödem gibi şikayetlerin azalmasında yarar sağladığı saptanmıştır. Oh vd. [31] 'nin çalışmasında ise öğrendiğini anlat yöntemi kullanılarak geliştirilen HEART programıyla klinik standart bakım eğitimi karşılaştırılmıştır. Her iki grupta semptomların azaldığı görülmekle beraber, eğitim grubu hastalarında yorgunluk semptomu puanlarında anlamlı düzeyde farklılık izlenmiştir. Bu çalışmada hastaların semptom puanlarının zamanla azaldığı belirlenmekle birlikte eğitim grubundaki azalmanın daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların hastaneye yatıştaki akut durumlarındaki düzelme her iki grupta

semptom puanlarındaki azalmanın nedeni olarak düşünülmektedir. Eğitim grubundaki azalmanın anlamlı farklılık göstermesinin nedeni eğitim içeriğinde semptomları tanılama ve semptom kontrolüne yönelik başlıkların olması olabilir. Öğrendiğini anlat yönteminin semptom kontrolünde olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

5.2. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Tedaviye Uyum Etkisinin Tartışılması

Kalp yetersizliğinde hastalık seyrini değiştirmek için tedavi yöntemleri hakkındaki eğitimlerin KY prognozunu iyileştirdiği kılavuzlarda yer almaktadır. KY’de ilaç uyumsuzluğunun, semptomların seyrinde kötüleşmeye neden olduğu, rehospitalizasyonda, mortalite ve morbiditede artışa neden olduğu belirtilmiştir [19]. Tedaviye uyumsuzluk hastalık komplikasyonlarını artırmakta, hastalığın sürecini uzatmakta, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [120]. Sen vd. [85] ’nin KY hastalarında tedaviye uyuma yönelik yaptıkları çalışmada sodyum kısıtlamasına uyumu %70.5, sıvı kısıtlaması %33.8 ve günlük kilo takibi %16.1 olarak bulunmuştur. Çıtlık Sarıtaş ve Dural [22] ’ın KY’li hastalarda yaptığı çalışmada da ilaca ve diyetle uyum alt ölçek puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamıza katılan hastalarımızın %38.7 ’sinin orta düzeyde tedavi uyuma sahip olduğu saptanmıştır. Akhondzadeh vd. [121] ’nin çalışmada KY hastalarına düzenlenen eğitim programı sonrası, hastaların diyetle sodyum kısıtlamasına uyumlarının arttığı saptanmıştır. Lloyd vd. [122] tarafından yapılan bir çalışmada, eğitim sonrası hastaların ilaç kullanımına uyumda iyileşme sağlandığı bildirilmiştir. Akut koroner sendromlu hastalarda tedavi uyumunu araştıran bir çalışmada, eğitim grubundaki hastalarının uyumlarının arttığı [123], öğrendiğini anlat yöntemi kullanılarak yapılan başka bir çalışmada hastalarda düşük tedavi uyumlarının iyileştiği saptanmıştır [106]. Bu çalışmada son testte eğitim grubundaki hastaların uyum puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrendiğini anlat tekniği uygulama adımları gereği hastaların öğrendikleri bilgileri kendi ifadeleriyle tekrarlamalarını ve açıklamalarını gerektirdiğinden bilgilerin daha uzun süreli hatırlanmasına imkan sağlamaktadır. Eğitim grubunda uyum puanlarının yüksek çıkmasının nedeni tekrarlı eğitimler ve izlemlerin etkisi olabilir.

5.3. Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Öz Bakım Davranışlarına Etkisinin Tartışılması

Kalp yetersizliği hastalarından beklenen öz bakım davranışları; semptom yönetimini sağlayabilmek, öz bakım davranışı değişikliklerine uyum sağlamak, yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmek ve bazı konularda sağlık profesyonellerinin tavsiyelerine uymak şeklinde

sıralanabilir. KY tedavi kılavuzlarında, en iyi hasta bakım sonuçlarını elde etmek için KY’de öz bakım stratejilerine ihtiyaca vurgu yapılmaktadır. Lei ve Cai [124] tarafından yapılan çalışmada kalp yetersizliği hastalarının, orta ve düşük düzeyde öz bakım yeteneğine sahip olduğu belirtilmiştir. KY’de yapılan eğitimsel müdahaleler, öz bakım davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için tedavinin önemli parçasıdır. KY’li bireylerde öz bakım eksikliği teorisine dayalı yöntemle verilen hemşirelik eğitiminin ve telefonla destek hizmetinin, hastalardan beklenen sağlık davranışlarının geliştirilmesinde ve öz bakım gücünün iyileştirilmesinde yarar sağladığı belirtilmiştir [13]. Sugathan [125] ’ın çalışmasında öğrendiğini anlat yöntemiyle eğitim alan KY hastalarının taburculuk sonrası öz bakım davranışlarının %90 ’ını hatırladığı ve günlük yaşamında aktif uyguladığı belirtilmiştir. KY’li bireylerde hastalık bilgisi, öz bakım davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi, semptom yönetiminin kazandırılmasında öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimlerin olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşirenin iş yükünden kaynaklı nedenlerden ötürü yöntemin kısa ve klinik şartlarda uygulanabilir olması gerektiğine değinilmiştir [127]. Kola vd. [35] ’nin çalışmasında öğrendiğini anlat, multimedya ve harmanlanmış eğitim programlarına dayalı eğitimler sonrası hastaların öz bakım toplam puanlarında anlamlı iyileşmeler görüldüğü belirtilmiştir. Düşük EF’li KY hastalarında öğrendiğini anlat yöntemi kullanılarak verilen eğitimin hastaların bilgi ve performans düzeylerine olumlu etki ederek bireylerin hastane geri kabullerini azalttığı böylece yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir [126]. Oh vd. [31] ’nin öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin etkisini değerlendirdiği çalışmada, taburculuk sonrası eğitim grubundaki hastaların öz bakım davranışlarını anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır. Çalışmamızda her iki gruptaki hastalarımız düşük öz bakım davranışlarına sahipken eğitim sonrası öz bakım puanlarında anlamlı artış sağlandığı belirlenmiştir. Bu çalışmada, öğrendiğini anlat yöntemi kullanılan gruptaki hastaların “faaliyete uyma” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Faaliyete Uyma” alt boyutu ise bireylerin sıvı kısıtlamasını uygulama, gün içinde dinlenme, artan yorgunluk ve halsizlik durumlarında şikayetlerini sağlık personeliyle paylaşma ve kendilerine uygun fizik aktiviteye yönelme eğilimlerini içermektedir. Öğrendiğini anlat yöntemi sonrasında eğitim grubu hastaların öz bakım davranışlarını benimsedikleri ve semptomlarına yönelik şikayetlerinde aktif davranış gösterdiklerini söyleyebiliriz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- MTUÖ puan ortalamalarının gruplara arasında ($F=7,194$ $p<0,05$) ve zamana bağlı etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlılık olduğu ($F=29,816$ $p<0,05$), ancak grup zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=1,472$ $p>0,05$).
- KYSDÖ ön-son test ortalama puanları arasında grup-zaman etkileşiminin ($F=2,630$ $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, zaman etkileşimin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=59,681$ $p<0,05$).
- Eğitim grubundaki hastaların AKYÖD ölçeği son test puanlarının (yardım alma alt boyutu hariç) kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- AKYÖD “faaliyete uyma” alt boyutu puan ortalamalarının eğitim ve kontrol grubu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 4,321$ $p<0,05$).
- AKYÖD ölçeği toplam puanları ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $F=177,623$ $p<0,05$; $F=113,56$ $p<0,05$; $F=63,748$ $p<0,05$; $F=43,954$ $p<0,05$).
- AKYÖDÖ toplam puan ortalamaları açısından grup-zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=4,298$ $p<0,05$).

6.2. Öneriler

- KY hastalarında hemşirelik eğitimleri kapsamında öğrendiğini anlat tekniği kullanımının yaygınlaştırılması,
- Hemşirelerin öğrendiğini anlat yöntemine ait bilgi, tutum ve farkındalık durumlarını belirleyen çalışmalar yapılması, hizmet içi eğitimlerde yöntemin kullanılması,
- Öğrendiğini anlat tekniğinin klinik şartlarda daha kısa sürede uygulanabilir şeklinin geliştirilmesi,
- Öğrendiğini anlat tekniğine yönelik hasta memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi,
- Daha büyük örneklem gruplarında çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lippi, G. and Sanchis-Gomar, F. (2020). Global Epidemiology and Future Trends of Heart Failure. *AME Medical Journal*, 5(15), 1-6.
2. Tokgözoğlu, L., Yılmaz, MB., Abacı, A., Altay, H. ve Atalar, E. (2015). Türkiye’de Kalp Yetersizliği Yol Haritası Kalp Yetersizliğinin ve Buna Bağlı Ölümlerin Önlenmesi Amacıyla Geliştirilebilecek Politikalara İlişkin Öneriler. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 1-31.
3. Niklasson, A., Maher, J., Patil, R., Sillén, H., and Chen, J. (2022). Living with Heart Failure: Patient Experiences and Implications for Physical Activity and Daily Living. *ESC Heart Failure*, 9(2), 1206-1215.
4. Akdemir, N. ve Canlı Özer, Z. (2021). *Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (7. Baskı), Ankara, Akademisyen Kitabevi.
5. Aburuz Me. (2018). Anxiety and Depression Predicted Quality of Life Among Patients with Heart Failure. *Journal Multidisciplinary Healthcare*, 11, 367- 373.
6. Baert, A., Pardaens, S., De Smedt, D., Puddu, PE., Ciancarelli, MC., and Dawodu, A. (2019). Sexual Activity in Heart Failure Patients: Information Needs and Association with Health-related Quality of Life. *International Journal Environment Research Public Health*, 16 (9) , 1570.
7. Johansson, I., Joseph, P., Balasubramanian, K., McMurray, JJ. Lund, LH. and Ezekowitz, JA. (2021). Health-related Quality of Life and Mortality in Heart Failure: The Global Congestive Heart Failure Study of 23 000 Patients from 40 Countries. *Circulation*, 143 (22) , 2129- 2142.
8. Thida, M., Asdornwised, U., Thosingha, O., Dumavibhat, C. and Chansatitporn, N.(2021). Symptom Experience, Symptom Management Strategies, and Health Related Quality of Life Among People with Heart Failure. *International Journal Nursing Research Thailand*, 25(3), 359- 374.
9. Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H. P. B. Castiello, and T. Čelutkienė, (2021). Self-care of Heart Failure Patients: Practical Management Recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23(1), 157-174.
10. Çamcı, G. ve Oğuz, S. (2023). The Effect of Palliative Care Training on Symptom Management, Rehospitalization and Quality of Life in Chronic Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *Mediterranean Nursing and Midwifery*, 3(2), 81- 89.
11. Packard, K., Holcomb, R., Lawler, S., Outhet, T., and Stachura, J. (2018). Impact of a Comprehensive Heart Failure Self Care Review. *Journal of Cardiac Failure*, 24(8), S42.

12. Howlett, JG., Chan, M., Ezekowitz, JA., Harkness, K., and Heckman, GA. (2016). The Canadian Cardiovascular Society Heart Failure Companion: Bridging Guidelines to Your Practice. *Canadian Journal of Cardiology*. 32, 296-310.
13. Akdeniz, Ş. ve Canlı Özer, Z. (2021). Effect of Planned Education Based on Orem's Self-Care Deficit Theory on Symptom Management, Self-Care Power, and Health Behaviors in the Patients Diagnosed with Heart Failure. *Turk Journal Cardiovascular Nursing*, 12(27), 100-109.
14. Ruppar, TM., Cooper, PS., Johnson, ED. and Riegel, B. (2019). Self-care in Interventions for Adults with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis Protocol. *Journal Advanced Nursing*, 75, 676-682.
15. Riegel, B., Moser, DK., Buck, HG., Dickson, VV., Dunbar, SB. and Lee, CS. (2017) Self-care or the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: a Scientific Statement for Health Care Professionals from the American Heart Association. *Journal American Heart Association*, 6, e006997.
16. Wang, LH., Liu, Y., Tan, H. and Huang, S. (2022). Transtheoretical Model-based Mobile Health Application for PCOS. *Reproductive Health Journal*, 19(1), 1-10.
17. Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O., and Dassen, T. (2015). Effects of a Hospital-based Education Programme on Self-care Behaviour, Care Dependency and Quality of Life in Patients with Heart Failure - Randomised Controlled Trial. *Journal Clinical Nursing*, 24(11-12), 1643-1655.
18. Chen, C., Li, X., Sun, L., Cao, S., Kang, Y., and Hong, L. (2019). Postdischarge Short Message Service Improves Short-term Clinical Outcome and Self-care Behaviour in Chronic Heart Failure. *ESC Heart Failure*, 6(1), 164-173.
19. Wu, JR. and Moser, DK. (2018). Medication Adherence Mediates the Relationship Between Heart Failure Symptoms and Cardiac Eventfree Survival in Patients with Heart Failure. *Journal Cardiovascular Nursing*, 33, 40-46.
20. Kara, DD., Mert, E., Uysal, Y., Başhan, İ. (2017). Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple Medications in the Context of Illness Perception, Acknowledgement and Attitude Characteristics. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(4), 227-234.
21. McDonagh, TA., Metra, M., Adamo, M., Gardner, RS., and Baumbach, A. (2021). ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure: Developed by the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the Special Contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.
22. Çıtlık Sarıtaş, S. ve Dural, G.(2020). Effect of Medication and Dietary Compliance on Rehospitalization and the Quality of Life of Patients with Heart Failure. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(2), 184-193.

23. Güllü, S. ve Sabuncu, T. (2018). *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Takip Kılavuzu*. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar. 1-68.
24. Aghakhani, NA., Hemmati, Maslakpak M., Alinejad, V. and Khademvatan, K. (2018). Study of the Effect of Self-care Program Model Based on Orem's Pattern on the Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Journal of Urmia Nursing Midwifery Faculty*, 16, 65-71.
25. Benjamin, EJ., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, MS. and Callaway, CW. (2019) Stroke Statistics, Heart Disease and Stroke Statistics: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139 (10), 56-528.
26. Rice, H., Say, R., Betihavas, V. (2018) The Effect of Nurse-led Education on Hospitalisation, Readmission, Quality of Life and Cost in Adults with Heart Failure: a Systematic Review. *Patient Educational and Counseling Journal*, 101(3), 363-374.
27. İlaslan, E. ve Özer, Z. (2022). Web-based Training and Telephone Follow-up of Patients with Heart Failure: Randomized Controlled Trial. *Computers Informatics Nursing*, 40(2), 82-89.
28. Abbasi, A., Ghezeljeh, TN. and Farahani, MA. (2018). Effect of the Self-management Education Program on the Quality of Life in People with Chronic Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. *Electronic Physician Journal*, 10(7), 7028.
29. Farris, C. (2015). The Teach Back Method. *Home Healthcare Now*, 33(6), 344-345.
30. Tamura-Lis, (2013). W. Teach-Back for Quality Education and Patient Safety. *Urologic Nursing Journal*, 33, 6.
31. Oh, EG., Lee, JY., Lee, HJ., Oh, S. (2023). Effects of Discharge Education Using Teach-Back Methods in Patients with Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *International Journal Nursing*, 140, 104453.
32. White, M., Garbez, R., Carroll, M., Brinker, E. and HowieEsquivel, J. (2013). Is “Teach-Back” Associated with Knowledge Retention and Hospital Readmission in Hospitalized Heart Failure Patients? *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(2), 137-146.
33. Rahmani, A., Vahedian-Azimi, A., Sirati-Nir, M., Norouzadeh, R., Rozdar, H. and Sahebkar, A. (2020). The Effect of the Teach-Back Method on Knowledge, Performance, Readmission, and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Hindawi Cardiology Research and Practice Volume*, 8897881, 13.
34. Oh, E., Lee, H., Yang, LY., Lee, S., Kim, YM. (2021). Development of a Discharge Education Program Using the Teach-Back Method for Heart Failure Patients. *BioMed Central Nursing*, 20, 109.

35. Kola, MK., Jafari, H., Charati, JY. and Shafpour, V. (2021). Comparing the Effects of Teach Back Method, Multimedia and Blended Training on Self-care and Social Support in Patients with Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Education Health Promotion*, 10(248), 1-9.
36. Çavuşoğlu, Y., Çelik, A., Altay, H., Nalbantgil, S., and Özden, Ö. (2022). *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 50(1), 1-34.
37. Virani, SS., Alonso, A., Aparicio, HJ., Benjamin, EJ. and Bittencourt, MS. (2021). American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-112 2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 143(8), 254-743.
38. Celik, A., Ural, D., Sahin, A., Colluoglu, IT., Kanik, EA. ve Ata, N. (2023). Trends in Heart Failure Between 2016 and 2022 in Türkiye (TRends-HF): a Nationwide Retrospective Cohort Study of 85 Million Individuals Across Entire Population of all Ages. *Lancet Regional Health*, URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(23\)00142-4](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(23)00142-4). Son Erişim Tarihi: 03.10.2023.
39. James, SL., Abate, D., Abate, KH., Abay, SM., Abbafati, C. and Abbasi, N. (2018). GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990-2017: a systematic analysis for the *Global Burden of Disease Study*, 392(10159), 1789–858.
40. Piepoli, MF., Adamo, M., Barison, A., Bestetti, RB., Biegus, J. and Böhm, M. (2022). Preventing Heart Failure: a Position Paper of the Heart Failure Association in Collaboration with the European Association of Preventive Cardiology, *European Journal Heart Failure*, 24(1), 143-168.
41. Hasenfuss, G. and Mann, DL. (2019). Pathophysiology of Heart Failure. Braunwald's Heart Disease: *A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 442, 61, e3.
42. Porth, C. M. and Gaspard, K. J. (2018). *Patofizyolojinin Temelleri* (4. Baskı), Durusu Tanrıöver, M. ve Sarı, A. (Çev.), (486–512), Palme Yayınları.
43. Tanai, E. and Franz, S. (2016). Pathophysiology of Heart Failure. *Comprehensive Physiology*, 6, 187-214.
44. Kumar, V., Abbas, A.K. ve Aster J.C. (2013). *Robbins Temel Patoloji*, 9, 365-368. İstanbul, Nobel Yayınları.
45. Hartupee, J. and Mann, DL. (2017) Neurohormonal Activation in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. *Nature Reviews Cardiology*, 14(1), 30-38.

46. Libby, P., Bonow, RO., Mann, DL., Tomaselli, GF., Bhatt, DL. and Solomon, SD. (2021). Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. *Elsevier Health Sciences*.
47. Heidenreich, PA., Bozkurt, B. and Aguliar, D. (2022). AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 3;145(18), 876-894.
48. Sorrentino, R., Esposito, R. and Santoro, C. (2020). Practical Impact of New Diastolic Recommendations on Noninvasive Estimation of Left Ventricular Diastolic Function and Filling Pressures. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 33, 171-181.
49. Salzano, A., D'Assante, R., Israr, MZ., Eltayeb, M. and D'Agostino, A. (2021). Biomarkers in Heart Failure: Clinical Insights. *Heart Failure Clinical*, 17(2), 223-243.
50. Januzzi, JL. and Mann, DL. (2019). Approach to the Patient with Heart Failure. Braunwald's Heart Disease: *A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 403-417.
51. Gayat, E., Arrigo, M., Littnerova, S., Sato, N., Parenica, J. and Ishihara, S. (2018). Heart failure Oral Therapies at Discharge Are Associated with Better Outcome in Acute Heart Failure: a Propensity-score Matched Study. *European Journal of Heart Failure*, 20(2), 345-354.
52. Crespo-Leiro, MG., Anker, SD., Maggioni, AP., Coats, AJ., Filippatos G. and Ruschitzka, F. (2016). Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1- Year Follow-up Outcomes and Differences Across Regions. *European Journal of Heart Failure*, 18(6), 613-625.
53. Lerman, B. J., Popat, R. A., Assimes, T. L., Heidenreich, P. A. and Wren, S. M. (2019). Association of Left Ventricular Ejection Fraction and Symptoms with Mortality After Elective Noncardiac Surgery Among Patients with Heart Failure. *Journal of the American Medical Association*, 321(6), 572- 579.
54. Malik, A., Brito, D., Vaqar, S., Chhabra, L. and Doerr, C. (2022). Congestive Heart Failure.
55. Khamroev, E. E., Nurboev, F. E. and Pulatova, S. K. (2022). Chronic Heart Failure: Features Clinical Manifestations in the Elderly. *British Medical Journal*, 2(2).
56. Mathew, J., Lail, J., Chang, A. C. and Jefferies, J. L. (2018). Outpatient Monitoring and Self-care. *In Heart Failure in the Child and Young Adult*, 755-772.
57. Dube, BP., Agostoni, P. and Laveneziana, P. (2016). Exertional Dyspnoea in Chronic Heart Failure: the Role of the Lung and Respiratory Mechanical Factors. *European Respiratory Review*, 25, 317-332.

58. Kenneth, M., Corrine, Y. and Karen, S. (2020). Identifying Unique Profiles of Perceived Dyspnea Burden in Heart Failure. *The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 49(5), 488-494.
59. Atherton, JJ., Sindone, A., De Pasquale, CG., Driscoll, A., MacDonald, PS. and Hopper, I. (2018). National Heart Foundation of Australia and New Zealand: Guidelines for the Prevention, Detection and Management for the Heart Failure in Australia. *Heart, Lung and Circulation*, (27)10, 1123-1208.
60. Ezekowitz, JA., O'Meara, E., McDonald, MA., Abrams, H., Chan, M. and Ducharme, A. (2017). Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. *Canadian Journal Cardiology*, 33(11), 1342-1433.
61. Alvarez, P., Hannawi, B., Guha, A. (2016). Exercise and Heart Failure: Advancing Knowledge and Improving Care. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 12(2), 110-115.
62. Akan, D. ve Çaydam, Ö. (2023). Kalp Yetersizliği Olan Hastanın Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 447-457.
63. Ayvaz, MY. ve Enç, N. (2018) Kalp Yetersizliğinde Ödem. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* , 9(19), 69-75.
64. Turan Kavrak, S. and Canlı Özer, Z. (2013). Symptom Management in Patients with a Diagnosis of Heart Failure. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(6), 1-14.
65. Sari, I., Çavuşoğlu, Y., Temizhan, A., Yilmaz, MB. and Eren, M. (2016). ESC and ACC/AHA/HFSA Heart Failure Guideline Updates: Changes, Similarities, Differences, and Unresolved Issues. *Archives of The Turkish Society of Cardiology*, (8), 625-636.
66. Jurgens, CY., Goodlin, S., Dolansky, M., Ahmed, A., Fonarow, GC. and Boxer, R. (2015). Heart Failure Management in Skilled Nursing Facilities: a Scientific Statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, 21(4), 263-299.
67. Kasapoğlu, ES. and Enç, N. (2017). A Guide for the Nurses in Care Management of Heart Failure . *Turkish Journal Cardiovascular Nursing*, 8(16), 35-44.
68. Sezgin, D. and Mert, H. (2015). Evidence Based Approach In Nursing Care Of Patients With Heart Failure. 8(2), 108-118.
69. Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J. and Kupper, N. (2016). Fatigue and Self-Care in Patients with Chronic Heart Failure. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 15, 337-344.
70. Douglas, M., Douglas, Z., Peter, L. and Robert, B. (2015). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, (10th. edition). Philadelphia.

71. Zuurbier, LA., Luik, AI., Leening, MJ., Hofman, A., Freak-Poli, R. and Franco, OH. (2015). Associations of Heart Failure with Sleep Quality: the Rotterdam Study. *Journal Clinical Sleep Medicine*, 11(2), 117-121.
72. Aria, H. and Naghizadeh, MM. (2017). Sleep Quality, Anxiety, and Depression in Patients With Heart Failure. *Journal of Advanced Medical Sciences and Applied Technologies*, 3(4), 213-220.
73. Khosravi, A., Bolourchifard, F., Ikhani, M. and Pourhoseingholi, MA. (2017). The Effect of Massage Therapy on Sleep Quality in Cardiac Care Unit Patients. *Bioscience Biotechnology Research Communications*, 10, 645-651.
74. Kwekkeboom, KL. and Bratzke, LC. (2016). A Systematic Review of Relaxation, Meditation, and Guided Imagery Strategies for Symptom Management in Heart Failure. *Journal Cardiovascular Nursing*, 31(5), 457-468.
75. Arab Firouzjaei, Z., Illali, ES., Taraghi, Z., Mohammadpour, RA., Amin, K. and Habibi, E. (2019). The Effect of Citrus Aurantium Aroma on Sleep Quality in the Elderly with Heart Failure. *Journal of Babol University Medical Sciences*, 21(1), 181-187.
76. Siavoshi, M., Vahidi, SA., Talebi, S., Doroudi, M., Shahsavan, Y. and Bordbar, R. (2017). The Effect of Acupressure on Sleep Quality in Patients with Chronic Heart Failure. *Journal of Babol University Medical Sciences*, 1(2), 21-27.
77. Kamal, M. and Herawati, T. (2019). The Effect of Sleep Hygiene and Relaxation Benson on Improving the Quality of Sleep Among Health Failure Patients: A Literature Review. *International Journal of Nursing and Health Services*, 2(1), 101-107.
78. Burrai, F., Sanna, GD., Moccia, E., Morlando, F., Cosentino, ER. and Bui, V. (2020). Beneficial Effects of Listening to Classical Music in Patients With Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *Journal Cardiac Failure*, 26(7), 541-549.
79. Alkan, S. ve Nural, N. (2017). Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir mi? *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(16), 28-34.
80. Akıncı, AÇ., Zengin, N. ve Buğu, Y. (2014). Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18 (2), 52-61.
81. Köseoğlu, N. ve Enç, N. (2016). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Journal Cardiovascular Nursing*, 7(14), 162-168.
82. Boğan, F. ve Korkmaz, M. (2020). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumunu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2).
83. Ponikowski, P., Voors, AA., Anker, SD., Bueno, H., Cleland, JG. and Coats, AJ. (2016). Authors/Task Force Members; Document Reviewers. 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure: The Task force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society

of Cardiology. Developed with the Special Contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal of Heart Failure*, 37(27), 2129- 2200.

84. Salık, S. ve Çıtlık Sarıtaş, S. (2021). Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Turk Journal Cardiovascular Nursing*, 12 (29), 173- 182.
85. Sen, HTN., Linh, TTT. and Trang, DTK. (2020). Factors Related to Treatment Compliance Among Patients With Heart Failure. *The Ramathibodi Medical Journal*, 43(2), 30-40.
86. Rehman, ZU., Siddiqui, AK., Karim, M., Majeed, H. and Hashim, M. (2019). Medication Non-adherence among Patients with Heart Failure. *The Cureus Journal of Medical Science*, 11(8), 1-7.
87. Sayın Kasar, K. ve Erzincanlı, S. (2021). Evaluation of Medication Compliance in Patients with Heart Failure. *Turk Journal Cardiovascular Nursing*, 12(28), 94-99.
88. Türksen Ülkü, S. ve Ünsar, S. (2022). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumlarının Belirlenmesi. *Turk Journal Cardiovascular Nursing*, 13(32), 159-166.
89. Akay, B. ve Durmaz Akyol, A. (2014). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin Öz Bakım Gücüne Olan Etkisinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 75-88.
90. Akbıyık, G. (2015). *Kalp Yetersizliği Öz Bakımına Bakım Veren Katkısı Ölçeği Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
91. Asgar, Pour H., Gökçe, S., Yöner, H. and Kunter, D. (2016). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 24(2), 66-71.
92. Buck, HG., Stromberg, A., Chung, ML., Donovan, KA., Harkness, K. and Howard, AM. (2018). A Systematic Review of Heart Failure Dyadic Self-care Interventions Focusing on Intervention Components, Contexts, and Outcomes. *International Journal of Nursing Study*, 77, 232-242.
93. Imeri, H., Toth, J., Arnold, A., Barnard, M. (2022). Use of the Transtheoretical Model in Medication Adherence: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(5), 2778-2785.
94. Barilli, SLS., d'Almeida, KSM., Trojahn, MM., Souza, GC., Aliti, GB. and Rabelo-Silva, ER. (2018). Knowledge, Barriers and Attitudes Toward Dietary Sodium in Patients with Decompensated Heart Failure. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(1), 98-106.
95. Rodrigues, M.P., Khandpur, N., Fung, T.T., Sampson, L., Oliveira, M.R.M., Willett, W.C. and Rossato, S.L. (2021). Development of DietSys: A Comprehensive Food and

- Nutrient Database for Dietary Surveys. *Journal of Food Composition Analysis*, 102, 104030.
96. Wicaksana, A.L., Yen, M., Wang, S.T. and Fetzer, S.J. (2017). The Effectiveness of an Educational Intervention for Sodium Restriction in Patients with Hypertension: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials Journal*, 36, 582-588.
 97. Brake, R. and Jones, I. (2017). Chronic Heart Failure Part 2: Treatment and Management. *Nursing Standard*, 31(20), 53-62.
 98. Bozkur, B., Aguilar, D., Deswal, A., Dunbar, S., Francis, S. and Horwich, T. (2016). Contributory Risk and Management of Comorbidities of Hypertension, Obesity Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia, and Metabolic Syndrome in Chronic Heart Failure: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 134(23), 535-578.
 99. EKMUD, (2016). *Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği*, Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. 2. Güncelleme. URL : <http://ekmud.org.tr/calisma-grubu/4-bagisiklama-calisma-grubu>. Son Erişim Tarihi: 01.11.2018.
 100. Şenol, E., Azap, A., Erbay, A., Alp Çavuş, S., Karakuş, R. ve Acar, A. (2018). Pneumococcal Vaccine as One of the Immunization Coverage Targets for Adulthood Vaccines: A Consensus Report of the Study Group for Adult Immunization of the Turkish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. *Klinik Dergisi*, 31, 2-18.
 101. Lee, CS. and Auld, J. (2015). Heart Failure Critical Care Nursing Clinics of North America. 27(4), 413-425.
 102. Cheng, HY., Chair, SY., Wang, Q., Sit, JWH., Wong, E. and Tang, SW. (2016). Effects of a Nurse-led Heart Failure Clinic on Hospital Readmission and Mortality in Hong Kong. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(5), 415-419.
 103. Basit, G. (2020). Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.
 104. AHRQ, (2017). Using the Teach-Back Technique: *A Reference Guide for Health Care Providers*.
 105. Tran, S., Bennett, G., Richmond, J. (2019). ‘Teach-back’ is a Simple Communication Tool That Improves Disease Knowledge in People with Chronic Hepatitis B- a Pilot Randomized Controlled Study. *BioMed Central Public Health*, 19(1355), 1–9.
 106. Azizi, HR., Yousefian Miandoab, N. and Yaghoubinia, F. (2020). The effect of Teach Back Education on Readmission in Patients with Acute Coronary Syndrome. *Journal of Critical Care Nursing*, 13(2), 14-21.
 107. Boyde, M., Peters, R., New, N., Hwang, R., Ha, T. and Korczyk, D. (2018). Self-care Educational Intervention to Reduce Hospitalisations in Heart Failure: A Randomised

- Controlled Trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(2), 178-185.
108. Mesbahi, H., Kermansaravi, F. and Kiyani, F. (2020). The Effect of Teach-Back Training on Self-Care and Readmission of Patients with Heart Failure. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 9(3), e111465.
109. Yen, PH. and Leasure, AR. (2019). Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Federal Practitioner*, 36(6), 284-289.
110. Sayiner, A. (2014) *Diabetes Mellitusta Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8'in Türkçe Geçerlilik Güvenirlik Çalışması ve Hastalarda Tedavi Uyumunu Gösteren Faktörlerle İlişkisinin Saptanması*. Tıp Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gaziantep.
111. Baydemir, C., Özdamar, K. ve Ünalır, A. (2013). Validity of the Turkish Version the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13(6), 573-579.
112. Metin, ZG. ve Gülbahar, M. (2020). Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 95-103.
113. Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., Brunner La Rocca, HP., Castiello, T. and Celutkien, J. (2021). Self-care of Heart Failure Patients: Practical Management Recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23, 157-174.
114. Aggarwal, M., Bozkurt, B., Panjraht, G., Aggarwal, B., Ostfeld Roert, J. and Bernard Neal, D. (2018). on Behalf of American College of Cardiology's Nutrition and Lifestyle Committee of the Prevention of Cardiovascular Disease Council. *Lifestyle Modifications for Preventing and Treating Heart Failure*, 2391- 2405.
115. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği (2022) Hasta Bilgilendirme Broşürü. URL: https://tkd.org.tr/kalp-yetersizligi-calisma-grubu/sayfa/Hasta_Bilgilendirme_Brosuru. Son Erişim Tarihi: 24.04.2024
116. Angius, L. and Crisafulli, A. (2020). Exercise Intolerance and Fatigue in Chronic Heart Failure: Is There a Role for Group III/IV Afferent Feedback? *European Journal Preventive Cardiology*, 27(17), 1862-1872.
117. Gökdoğan, F., Kır, E., Özcan, A., Cerit, B., Yıldırım, Y., Akbal, S. (2003) *Eğitim Kitapçıkları Güvenilir mi?* 2. Uluslararası & IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
118. Lokker, M.E., Gwyther, L., Riley, J.P., Van Zuylen, L., Van der Heide, A. and Harding, R. (2015). The Prevalence and Associated Distress of Physical and Psychological Symptoms in Patients with Advanced Heart Failure Attending a South African Medical Center. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 313-322.

119. Çamcı, G. ve Oğuz, S. (2023). The Effect of Palliative Care Training on Symptom Management, Rehospitalization and Quality of Life in Chronic Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *Mediterranean Nursing Midwifery*, 3(2), 81-89.
120. Sönmez, E. ve Oğuz, S. (2016). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile Diyetle Uyumluluğu Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal Intern Medical Nursing Special Topics*, 2(3), 23-29.
121. Akhondzadeh, K., Ghezeljeh, TN. and Haghani, H. (2018). The Effect of the Education Program on the Adherence Intention to the Dietary Sodium Restriction and the Amount of Sodium Intake in Patients with Chronic Heart Failure. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 1-20.
122. Lloyd, T., Buck, H., Foy, A., Black, S. and Pinter, A. (2019). The Penn State Heart Assistant: A Pilot Study of a Web-Based Intervention to Improve Selfcare of Heart Failure Patients. *Health Informatics Journal*, 25(2), 292-303.
123. Saki, M., Najmi, S., Gholami, M., Ebrahimzadeh, F. and Pour, FJ. (2022). The Effect of Patient-Centered Education in Adherence to the Treatment Regimen in Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Vascular Nursing*, 40(1), 28-34.
124. Lei, X. and Cai, M. (2018). Self-Care Ability and Influencing Factors in Chronic Heart Failure Patients. *Biomedical Research*, 29, 595-601.
125. Sugathan, K. (2017). Advanced Practice Registered Nurse-Led Transitional Care Program to Prevent Hospital Readmissions.
126. Rahmani, A., Vahedian-Azimi, A., Sirati-Nir, M., Norouzadeh, R., and Rozdar, H. (2020). The Effect of the Teach-Back Method on Knowledge, Performance Readmission, and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Cardiology Research and Practice*, 23, 8897881.
127. Dinh, HTT., Bonner, A., Ramsbotham, J. and Clark, R. (2019). Cluster Randomized Controlled Trial Testing the Effectiveness of a Self-Management Intervention Using the Teach-Back Method for People with Heart Failure. *Nursing and Health Sciences*, 21(4), 436-444.
128. Karimi, M. and Clark, AM. (2016). How Do Patients' Values Influence Heart Failure Self-Care Decision Making?: A Mixed-Methods Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 89-104.
129. İnternet: Rockville, MD. (March, 2024). Teach Back Method Poster.
URL: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5a.html>.
Son Erişim Tarihi: 26.05.2024



EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.09.2022-88930



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-30640013-050.01.04-88930

09.09.2022

Konu :Etik Kurul Onayı

Sayın Doç. Dr. Neşe UYSAL
Öğretim Üyesi

İlgi : 29.08.2022 tarihli ve 2143 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören yüksek lisans öğrencisi ve Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan Hemşire Tuğba GÖKÇE ile işbirliğinizde, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde yapılması planlanan "Kalp Yetmezliği Olan Bireylere Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Davranışlarına Etkisi" konulu tez çalışması, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerini rica ederim.

Doç. Dr. Güzide ŞENEL
Etik Kurul Başkanı Ek:Kurul

Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSABK9AP8P Pin Kodu :75372

Belge Takip Adresi :

<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5544&eD=BSABK9AP8P&eS=88930>

Adres:Akbilek Mah. Hakimiyet Cad. No:4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya

Bilgi için: Ebru GÜÇYETMEZ Telefon:0 (358) 211 5005 Faks:0 (358) 211 5005

01 04

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni e-Posta:genelsekreterlik@amasya.edu.tr Web:http://www.amasya.edu.tr/

Tel No: 2115015

Kep Adresi:amasyauniversitesi@hs01.kep.tr



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (Devam) Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurul Kararı

	T.C. AMASYA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUL KARAR FORMU	
	Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı
08 Eylül 2022	8	Karar No 86

KARAR NO 86:

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Neşe UYSAL'ın yürütücülüğünde olan ve Yardımcı Araştırmacı olarak yer alan Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan Hemşire ve Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören yüksek lisans öğrencisi Tuğba GÖKÇE'nin işbirliğinde, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde yapılması öngörülen ***"Kalp Yetmezliği Olan Bireylere Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Davranışlarına Etkisi"*** konulu tez çalışması, Kurul tarafından proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi ve incelendi.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğuna katılanların oybirliğiyle karar verildi.

		KABUL	RED
BAŞKAN	Doç. Dr. Güzide ŞENEL	İMZA	
BAŞKAN YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Safiye TEMEL	İMZA	
RAPORTÖR	Dr. Öğr. Üyesi Ece AVULOĞLU YILMAZ	İMZA	
ÜYELER	Doç. Dr. Levent SEMİZ	İMZA	
	Doç. Dr. Kenan GÜMÜŞ	İZİNLİ	
	Doç. Dr. Serkan ZENGİN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Burak YAZGAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Hüsna KAYA KAÇAR	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Ceren BAŞKAN	İZİNLİ	

KYT-FRM-265/00

EK-2. Kurum İzni



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMASYA SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - AMASYA SABUNCUOĞLU
ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
19/09/2022 16:16 - E-62949364 - 929 - 8135



00173870753

Sayı : E-62949364-929
Konu : Bilimsel Çalışma (Doç.Dr. Neşe UYSAL)

Neşe UYSAL

Sayın Doç.Dr.Neşe UYSAL

İlgi : 16/09/2022 tarih ve 62949364 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz Başhekimliğimizce incelenmiş olup; "Kalp Yetmezliği Olan Bireylere Öğrendiğini Anlat Yöntemiyle Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Davranışlarına Etkisi" adlı bilimsel çalışmanız için, örneklem verilerini Hastanemizin Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Servisinde toplamanızda Başhekimliğimizce herhangi bir sakınca görülmemektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Volkan TAŞOVA
Başhekim

Ek:
Doç.Dr. Neşe UYSAL'ın Dilekçesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: d62bd0a0-2e35-4dc5-847c-9b29f4308a99 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Kirazlıdere Mah. Turgut Özal Cad.Merkez/Amasya
Telefon: 0 358 218 40 00 Faks No: 03582120001
e-Posta: eda.gunduz1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: amasyaeah@saglik.gov.tr

Bilgi için: Eda AKTEN
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 358) 218 40 00



EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

	T.C. AMASYA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
<u>KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE ÖĞRENDİĞİNİ ANLAT</u> <u>YÖNTEMİYLE VERİLEN EĞİTİMİN SEMPTOM KONTROLÜ, TEDAVİYE UYUM</u> <u>VE ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ</u>	

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Neşe UYSAL

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma kalp yetersizliği olan bireylere öğrendiğini anlat yöntemiyle verilen eğitimin semptom kontrolü, tedaviye uyum ve öz bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz.

Kalp yetersizliği, dünya genelinde en az 40 milyon bireyi etkilemektedir. Kalp yetersizliği nefes darlığı, periferik ödem, yorgunluk, uykusuzluk, taşikardi, konsantrasyon bozuklukları, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik gibi semptomlarla seyreden ilerleyici özellik gösteren bir sendromdur. Kalp yetersizliğine bağlı gelişen bu ilerleyici semptomlar bireylerin psikososyal sağlığını olumsuz etkilemekte, cinsel yaşamını bozmakta ve ekonomik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte hastalar, diyetle sınırlamalar, iş yapabilmeye zorluklar, özgüvende azalma, farmakolojik tedavilerinden kaynaklı istenmeyen etkiler ve tekrarlı hastaneye yatışlar nedeniyle yaşam kalitelerinde azalma yaşanmaktadır. İlerleyici bir özellik göstermesiyle birlikte kalp yetersizliği semptomları, farmakolojik tedavi ve öz bakım uygulamaları sayesinde kontrol altına alınabilmektedir. Hastalığın semptomları ve komplikasyonlarının kompleksliği dikkate alındığında, hastaların bakımlarını yönetmelerine yardımcı olmak kalp yetersizliği yönetiminin önemli bir bileşenidir. Hastaların tanı konduktan sonraki süreci yönetme becerisinin istenilen seviyede olması, hastaların aktif ve katılımcı bir rol üstlenmelerini sağlayacak strateji arayışlarına yönlendirir. Kalp yetersizliği kılavuzlarında semptomların başarıyla yönetilebilmesi için hasta eğitiminin ve taburculuk sonrası izlemin gerekli olduğu bildirilmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada, kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan öğrendiğini anlat yönteminin bireylerin semptom kontrolü, tedavi uyumu ve öz bakım davranışlarına etkisi araştırılacaktır.

Çalışmamızda sizlere uluslararası literatürde etkinliği kanıtlanmış bir teknik kullanılarak eğitim verilir, eğitim materyali (Kalp Yetersizliği Belirtilerinin Yönetimi Hasta El Kitabı) sunulacaktır.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

EK-3. (Devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Alternatif Tedaviler:**Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:****Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:**

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih****Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih****Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

EK-4. Kişisel Bilgi Formu**A. Sosyo-Demografik Özellikler**

Hasta adı soyadı:

Cep telefon numarası:

Yatış tarihi-Taburculuk tarihi:

1.Cinsiyet: a) Kadın () b) Erkek ()

2. Yaş ...

3. Medeni Durumunuz: a)Evli () b)Bekar ()

4.Eğitim durumunuz: a) okur yazar b) ilkokul- ortaokul c) lise d) lisans ve lisansüstü

5.Çalışma durumunuz: a) çalışıyorum b) çalışmıyorum

6.Gelir durumunuz: a)gelir giderden az b) gelir gidere denk c) gelir giderden fazla

7.Evde kiminle-kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Eş c) Eş ve çocuklar d) Diğer

8.Sigara kullanımı a) Evet b) Hayır

9.Alkol kullanımı a) Evet b) Hayır

B. Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

1. Kilonuz: Boyunuz: BKİ: Ejeksiyon Fraksiyonu:

2. Kalp yetersizliği tanısını aldığınız süre

3. Kalp yetersizliğine ek kronik hastalığınız varsa belirtiniz.

a) Var b) Yok

4. Kalp yetersizliği hastalığı ile ilgili yazılı veya sözlü eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

EK-5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8)

1-Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?

- A) Evet (0) B) Hayır (1)

2- İnsanlar bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlarlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde, ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) hiç oldu mu?

- A) Evet (0) B) Hayır (1)

3- Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeni ile doktorunuza söylemeksizin ilacınızı almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz oldu mu?

- A) Evet (0) B) Hayır (1)

4-Seyahat ettiğiniz veya evden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınızda taşımayı bazen unutur musunuz?

- A) Evet (0) B) Hayır (1)

5-Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?

- A) Evet (1) B) Hayır (0)

6-Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz zaman bazen ilacınızı almayı durdurur musunuz?

- A) Evet (0) B) Hayır (1)

7- Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hisseder misiniz?

- A) Evet (0) B) Hayır (1)

8-Tüm ilaçlarınızı almayı hatırlamakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?

A. Hiç/nadiren (1)

B. Arada bir (0)

C. Bazen (0)

D. Genellikle (0)

E. Her zaman (0)

EK-6. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği

Açıklamalar: Lütfen, aşağıda verilen ifadelerin her birini dikkatlice okuyunuz, durumunuzu en iyi şekilde tanımlayan seçeneği veya bu semptomların sizi geçtiğimiz 4 hafta boyunca ne kadar rahatsız ettiğini belirten ifadeyi yuvarlak içine alınız.

1. Gün içinde nefes darlığı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 2. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 1a, 1b ve 1c seçeneklerini yanıtlayınız)

1a. Ne sıklıkta?

- 1) Haftada bir defadan az
- 2) Haftada 1-2 defa
- 3) Haftada 3-5 defa
- 4) Neredeyse her gün

1b. Ne kadar şiddetli?

- 1) Hafif
- 2) Orta
- 3) Şiddetli
- 4) Çok şiddetli

1c. Nefes darlığı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

- 0) Hiç
- 1) Oldukça az
- 2) Biraz
- 3) Oldukça fazla
- 4) Çok fazla

2. Sırt üstü yattığınız zaman nefes darlığı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 3. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 2a, 2b ve 2c seçeneklerini yanıtlayınız)

2a. Ne sıklıkta?

- 1) Haftada bir defadan az
- 2) Haftada 1-2 defa
- 3) Haftada 3-5 defa

4) Neredeyse her gün

2b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif

2) Orta

3) Şiddetli

4) Çok şiddetli

2c. Nefes darlığı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç

1) Oldukça az

2) Biraz

3) Oldukça fazla

4) Çok fazla

3. Yorgunluk veya enerji azlığı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 4. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 3a, 3b ve 3c seçeneklerini yanıtlayınız)

3a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az

2) Haftada 1-2 defa

3) Haftada 3-5 defa

4) Neredeyse her gün

3b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif

2) Orta

3) Şiddetli

4) Çok şiddetli

3c. Yorgunluk veya enerji azlığı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç

1) Oldukça az

2) Biraz

3) Oldukça fazla

4) Çok fazla

4. Göğüs ağrısı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 5. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 3a, 3b ve 3c seçeneklerini doldurunuz)

4a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az

2) Haftada 1-2 defa

3) Haftada 3-5 defa

4) Neredeyse her gün

4b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif

2) Orta

3) Şiddetli

4) Çok şiddetli

4c. Göğüs ağrısı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç

1) Oldukça az

2) Biraz

3) Oldukça fazla

4) Çok fazla

5. Bacaklarınızda veya ayak bileklerinizde şişlik oldu mu?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 6. soruya geçiniz)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 5a, 5b ve 5c seçeneklerini yanıtlayınız)

5a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az

2) Haftada 1-2 defa

3) Haftada 3-5 defa

4) Neredeyse her gün

5b. Ne kadar şiddetli?

- 1) Hafif
- 2) Orta
- 3) Şiddetli
- 4) Çok şiddetli

5c. Bacaklar veya ayak bileklerindeki şişlik size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

- 0) Hiç
- 1) Oldukça az
- 2) Biraz
- 3) Oldukça fazla
- 4) Çok fazla

6. Gece uyumakta zorluk çektiniz mi?

- 0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, lütfen 7. soruya geçiniz)
- 1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 6a, 6b ve 6c seçeneklerini yanıtlayınız)

6a. Ne sıklıkta?

- 1) Haftada bir defadan az
- 2) Haftada 1-2 defa
- 3) Haftada 3-5 defa
- 4) Neredeyse her gün

6b. Ne kadar şiddetli?

- 1) Hafif
- 2) Orta
- 3) Şiddetli
- 4) Çok şiddetli

6c. Gece uyumakta zorluk çekme size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

- 0) Hiç
- 1) Oldukça az
- 2) Biraz
- 3) Oldukça fazla

4) Çok fazla

7. Baş dönmesi veya denge kaybı yaşadınız mı?

0. Hayır (Eğer cevabınız hayırsa, sadece kontrol ediniz ve cevaplamayı burada bırakınız)

1. Evet (Eğer cevabınız evetse, 7a, 7b ve 7c seçeneklerini yanıtlayınız)

7a. Ne sıklıkta?

1) Haftada bir defadan az

2) Haftada 1-2 defa

3) Haftada 3-5 defa

4) Neredeyse her gün

7b. Ne kadar şiddetli?

1) Hafif

2) Orta

3) Şiddetli

4) Çok şiddetli

7c. Baş dönmesi veya denge kaybı size ne kadar sıkıntı veya rahatsızlık verdi?

0) Hiç

1) Oldukça az

2) Biraz

3) Oldukça fazla

4) Çok fazla

EK-7. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-bakım Davranışları Ölçeği-12

Açıklama: Seçeneklerde Tamamen Katılmıyorum (5), Katılmıyorum (4), Kararsızım (3), Katılıyorum (2), Tamamen Katılıyorum (1) puan olarak değerlendirilmektedir. Hastaya en uygununu işaretleyiniz.

	Tamamen Katılıyorum				Tamamen Katılmıyorum
1 Her gün tartılırım.	1	2	3	4	5
2 Eğer nefesim daralırsa sakinleşmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
3 Eğer nefes daralmam artarsa, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm.	1	2	3	4	5
4 Ayaklarım/Bacaklarım normalden fazla şişerse, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm.	1	2	3	4	5
5 Bir hafta içinde iki kilo kaybedersem, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm.	1	2	3	4	5
6 Bir günde aldığım sıvı içeceklerimi kontrol altında tutarım. (1,5-2 lt/gün)	1	2	3	4	5
7 Gün içinde dinlenirim.	1	2	3	4	5
8 Çok bitkinlik hissedersen doktorum ya da hemşiremle görüşürüm.	1	2	3	4	5
9 Az tuzlu yemek yerim.	1	2	3	4	5
10 İlaçlarımı düzenli olarak alırım.	1	2	3	4	5
11 Her yıl grip aşısı olurum.	1	2	3	4	5
12 Düzenli spor yaparım.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Tuğba GÖKCE

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Yüksek Lisans Eğitimi: Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları

Hemşireliği

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce (Orta Seviye)

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

- a) Yayınlar (-SCI- Diğer)
- b) Bildiriler (-Ulusal – Uluslararası): Gökce, T. ve Uysal, N. (2023, Ocak)
Determination of Health Seeking Behaviors and Health Literacy Levels in
Individuals with Coronary Artery Disease. International Gevher Nesibe Health
Sciences Conference- XI. (Sözlü Bildiri)
- c) Katıldığı Projeler

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl: Rize RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi / (2015-2019)

Merzifon KMP Devlet Hastanesi / (2019-2021)

Amasya Üniversitesi S.Ş.E.A.H. / (2021- Halen)

İLETİŞİM

E-posta Adresi: