



**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ROPER,
LOGAN ve TIERNEY MODELİ'NE GÖRE
YAPILANDIRILAN BAKIMIN HASTALARIN
BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİNE ve
BAKIM ALGILARINA ETKİSİ**

Nurhan ÇİNGÖL

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Doktora Tezi- 2017

**T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ROPER, LOGAN
ve TIERNEY MODELİ'NE GÖRE YAPILANDIRILAN
BAKIMIN HASTALARIN BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİNE
ve BAKIM ALGILARINA ETKİSİ**

Nurhan ÇİNGÖL

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM
2017**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ROPER, LOGAN ve
TIERNEY MODELİ'NE GÖRE YAPILANDIRILAN BAKIMIN
HASTALARIN BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİNE ve BAKIM
ALGILARINA ETKİSİ**

Nurhan ÇİNGÖL

Tez Savunma Tarihi : 09.02.2017

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi)



Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)



Jüri Üyesi : Prof. Dr. Leyla KHORSTD (Ege Üniversitesi)



Jüri Üyesi : Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ (Atatürk Üniversitesi)



Jüri Üyesi : Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN (İzmir Kâtip Çelebi
Üniversitesi)



Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM - 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kalp Yetmezliği	4
2.1.1. Epidemiyoloji.....	5
2.1.2. Etiyoloji	6
2.1.3. Fizyopatoloji	6
2.1.4. Belirti ve Bulgular	6
2.1.5. Tıbbi Tanılama.....	7
2.1.6. Tedavi	8
2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi.....	8
2.1.6.2. Nonfarmakolojik Tedavi.....	10
2.2. Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli	11
2.2.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	12
2.2.2. Yaşam Süresi	12
2.2.3. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi	13
2.2.4. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler.....	13
2.2.5. Yaşamda Bireysellik/ Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı	14

2.3. Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli Çerçevesinde Kalp Yetmezliği	
Hastasının Hemşirelik Bakımı	16
2.3.1. Yaşam Süresi	16
2.3.2. Bağımlılık- Bağımsızlık Dizgesi	16
2.3.3. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler	16
2.3.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri	17
2.3.4.1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi	17
2.3.4.2. İletişim Aktivitesi	17
2.3.4.3. Solunum Aktivitesi	18
2.3.4.4. Yeme İçme Aktivitesi	18
2.3.4.5. Boşaltım Aktivitesi	19
2.3.4.6. Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi	19
2.3.4.7. Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi	19
2.3.4.8. Hareket Aktivitesi	20
2.3.4.9. Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi.....	20
2.3.4.10. Cinselliği İfade Etme Aktivitesi	20
2.3.4.11. Uyku Aktivitesi.....	21
2.3.4.12. Ölüm Aktivitesi.....	21
3. MATERYAL ve METOT	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Evren ve Örneklem	22
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.5. Verilerin Toplanması	26
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	29

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.8. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	29
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	71
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	71
EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU.....	72
EK-3. HASTA TANITIM FORMU	74
EK-4. ROPER, LOGAN ve TIERNEY HEMŞİRELİK MODELİ'NE GÖRE HASTA TANILAMA FORMU	75
EK-5. MODİFİYE BARTHEL İNDEKSİ (MBI)	81
EK-6. BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ÖLÇEĞİ.....	83
EK-7. RLTHM EŞLİĞİNDE KY'LI HASTA BAKIM REHBERİ	85
EK-8. ETİK KURUL ONAYI FORMU	118
EK-9. TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZNİ	119
EK-10. İNTİHAL RAPORU BEYAZ FORMU	120

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca değerli katkıları ve yol göstericiliği için danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI'ya,

Tez çalışmama verdikleri akademik katkılardan dolayı Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN ve Sayın Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ hocalarıma, tezimin istatistik aşamasındaki katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. İlker ETİKAN'a, tez sürecimde verdikleri destek için arkadaşlarım Arş. Gör. Esin KAVURAN'a, Arş. Gör. Bahar ÇİFTÇİ'ye ve Arş. Gör. Fatma TOK YILDIZ'a, araştırmanın yürütülmesindeki desteklerinden dolayı Tokat Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi çalışanlarına, araştırmanın uygulama aşamasında bakım verme sürecindeki desteklerinden dolayı kıymetli meslektaşlarım hemşire Yüksel ALDI'ya, hemşire Nazmiye YILDIZ'a, hemşire Elif KARATAŞ'a ve hemşire Bahar TAŞLIÇAY'a, araştırmada gönüllü olarak yer alan bütün hastalara ve ailelerine, çalışma ve eğitim hayatımda desteklerini her daim hissettiğim aileme ve dostlarıma canıgönülden teşekkür ederim.

Uzman Hemşire Nurhan ÇİNGÖL

ÖZET

Kalp Yetmezliği Hastalarında Roper, Logan ve Tierney Modeli'ne Göre Yapılandırılan Bakımın Hastaların Bağımsızlık Düzeylerine ve Bakım Algılarına Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı kalp yetmezliği hastalarına Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli'ne dayalı verilen hemşirelik bakımının hastaların bağımsızlık düzeylerine ve bakım algılarına etkisini belirlemektir.

Materyal Metot: Nisan 2014-Şubat 2017 tarihleri arasında yürütülen araştırmanın evrenini Tokat Devlet Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde yatan kalp yetmezliği hastaları oluşturdu. 100 kişi olarak belirlenen örneklem elişer kişilik iki gruba ayrıldı. Girişim grubundaki hastalara üniteye yattıkları ortalama 4.72 ± 1.37 gün boyunca model eşliğinde hemşirelik bakımı verildi. Kontrol grubundaki hastalara (50 kişi) üniteye yattıkları ortalama 4.38 ± 1.19 gün boyunca hastanede rutin uygulanan hemşirelik bakımı dışında herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Veriler Hasta Tanıtım Formu, Roper Logan Tierney Hemşirelik Modeli'ne Göre Hasta Tanılama Formu, Bakım Rehberi, Modifiye Barthel İndeksi ve Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği kullanılarak toplandı.

Bulgular: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların üniteye kabulünde bağımsızlık düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0.32$). Hastaların üniteden taburculuklarındaki bağımsızlık düzeylerinin karşılaştırılmasında girişim ve kontrol grubu arasında (sırasıyla 88.84 ± 13.58 puan, 78.54 ± 16.64 puan) anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.001$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların üniteden taburculuklarında uygulanan Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında da ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.001$). Girişim grubundaki hastalara model eşliğinde verilen bakımın sonuçlarına göre hastaların üniteye kabullerinde ve taburculuklarında aldıkları hemşirelik tanılarında anlamlı azalma olduğu tespit edildi ($p < 0.05$).

Sonuç: Kalp yetmezliği hastalarına Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli eşliğinde verilen hemşirelik bakımının hastaların bağımsızlık düzeylerini daha fazla arttırdığı, bakım algılarını ve hasta bakım sonuçlarını pozitif yönde etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı, Hasta Bağımsızlığı, Hemşirelik Bakımı, Kalp Yetmezliği Hastaları, Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeli

ABSTRACT

The Effect of Care for Heart Failure Patients Based on the Roper-Logan-Tierney Model of Nursing on Their Levels of Independence and Perceptions of Care

Aim: This study aimed to determine the effect of nursing care provided to heart failure patients based on the Roper-Logan-Tierney model of nursing on their levels of independence and perceptions of care.

Materials and Methods: The study was conducted between April 2014 and February 2017. The population of the study included heart failure patients who received care in the coronary intensive care unit of the Tokat State Hospital. The study sample was identified as 100 people (50 experimental and 50 control). The patients in the experimental group were provided with nursing care based on the model during $4.72 \text{ days} \pm 1.37$ on average. The patients in the control group were not provided with any intervention other than the routine care implemented at the hospital during the $4.38 \text{ days} \pm 1.19$ on average they stayed at the hospital. The data were collected using a patient introductory information form, the Patient Identification Form based on the Roper-Logan-Tierney Model of Nursing, the Modified Barthel Index, Care Guide and the Individualized Care Scale.

Findings: No significant difference was found between the mean independence scores of the patients in the experimental and control groups when they were admitted to the unit ($p=0.32$). Their mean independence scores when they were discharged were compared, and a quite significant difference was found between the experimental and control group (88.84 ± 13.58 points, 78.54 ± 16.64 points, respectively) ($p=0.001$). A highly significant difference was found between their mean scores on the Individualized Care Scale, which was administered to the patients when they were discharged ($p=0.001$). According to the results of the care that was given to the patients in the experimental group based on the model, the nursing diagnoses the patients received when they were admitted to the unit were observed to decrease when they were discharged, and the difference was found to be statistically significant.

Conclusion: The study concluded that nursing care for heart failure patients based on the Roper-Logan-Tierney model of nursing can increase their levels of independence, positively affect their perception of care and outcomes of care.

Keywords: Heart Failure Patients, Nursing Care, Patient Independence, Perception of Individualized Care, The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AÇT	: Aldığı Çıkardığı Sıvı Takibi
BBÖ	: Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği
BBÖ-A	: Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği- Bireyselliğin Farkına Varma
BBÖ-B	: Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği- Bireyselliği Bakımda Algılama
BUN	: Kan Üre Azotu
CVP	: Santral Venöz Basınç
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HT	: Hipertansiyon
IV	: İntravenöz
KABG	: Koroner Atardamar Baypass Greftleme
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	: Kalp Yetmezliği
KYBÜ	: Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
MBI	: Modifiye Barthel İndeksi
MI	: Miyokard İnfarktüsü
NYHA	: New York Heart Association/ New York Kalp Birliği
PNP	: Paroksizmal Noktürnal Dispne
RLTHM	: Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli
SSS	: Santral Sinir Sistemi
TDH	: Tokat Devlet Hastanesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. RLTHM diyagramı..... 15

Şekil 3.1. Araştırma süreci 28



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. MBI madde ve puanları	24
Tablo 3.2. İstatistiksel analizde değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler	29
Tablo 4.1. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması	31
Tablo 4.2. Grupların hastalığa ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması	32
Tablo 4.3. Girişim grubunun MBI ve BBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	34
Tablo 4.4. Kontrol grubunun MBI ve BBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	35
Tablo 4.5. Grup içi ve gruplararası MBI birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplararası BBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 4.7. Girişim grubundaki hastaların kliniğe kabulde ve taburculuktaki hemşirelik tanımlarının dağılımı	37
Tablo 4.8. Girişim grubundaki hastalara verilen bakım kapsamındaki hemşirelik girişimlerinin dağılımı	41

1. GİRİŞ

Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı en fazla olan kronik hastalıklardan biri olan kalp yetmezliği (KY) hem hastaneye yatışların hem de hastaneye tekrarlı yatışların yaygın nedenlerindendir.¹⁻⁶ KY kalbin yapısal ya da işlevsel bir bozukluğu sonucunda nefes darlığı, yorgunluk, halsizlik ve ödem gibi belirtilerin olduğu insan yaşamını her yönüyle etkileyen karmaşık bir klinik sendromdur.^{1, 4, 7}

KY hastaların ve ailelerinin yaşamını fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi açıdan olumsuz etkiler. Hastalığın ileri evrelerinde hastaların fiziksel ve sosyal aktiviteleri sınırlanır, yaşam kaliteleri bozulur ve birçok alanda bağımlı hale gelirler.⁸⁻¹⁵ Bu duruma bağlı olarak da uzun süreli bir bakıma gereksinim duyarlar.^{16, 17}

Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren KY hastalarının bakım ve tedavi sürecinde hemşireler bütünüleyici rol ve işlevlere sahiptirler.^{1, 18-20} Literatürde yer alan çalışmalarda hemşirelik bakımı kapsamında yapılan uygulamalarla, KY hastalarının yaşam kalitelerinde, sağlık davranışlarında,^{17, 21-23} fonksiyonel kapasite ve sosyal destek düzeylerinde artış olduğu²⁴ tespit edilmiştir. Bununla birlikte KY semptomlarının alevlenmesinde, acil servise başvurularda ve hastaneye tekrarlı yatışlarda önemli ölçüde azalma olduğu^{25, 26} hastaların öz bakımı sürdürme,²⁷⁻²⁹ öz bakım gücü,³⁰⁻³² öz etkililik ve öz yönetim kapasitelerinde artış sağlandığı saptanmıştır.³³ Ayrıca hastaların dispne ve yorgunluk düzeylerinde azalma olduğu,³⁴⁻³⁸ tedaviden memnun olma ve hastalığın tedavi edilebilirliğine olan inançlarında artma olduğu³⁹ belirtilmiştir.

Hemşirelik bakımının sistemli ve bilimsel bir özellikte gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik süreci ve bir hemşirelik modeli eşliğinde verilmesi önemlidir.^{40, 41} Hemşirelik modelleri, bir uydu navigasyon sistemi gibi hemşirelik bakımını planlama ve uygulama sürecinde rehberlik eder ve doğru yol alınmasını sağlarlar.⁴² Hemşirelik

eğitiminde ve uygulamalarında sık kullanılan modellerden biri olan Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli (RLTHM), hasta ya da sağlıklı bireyin günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ile ilgili gereksinimlerini kapsayan, hemşirenin başlatacağı bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimleri için bir çerçeve sağlamaktadır.^{43, 44}

Literatürde RLTHM'nin kullanımına ilişkin çalışmalar mevcuttur. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin evde bakımında RLTHM'nin etkili olabileceği,⁴⁵ KOAH' lı hastalara modele göre verilen bütüncül ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta sonuçlarında olumlu gelişmeler sağladığı⁴⁶ tespit edilmiştir. Modelin hastanın bireysel gereksinimlerinin tanımlanması ve anlaşılmasında, hasta merkezli terapötik bir bakım oluşturulmasında ve atak gelişmesini önlemede etkili olduğu⁴⁷ bildirilmiştir.

Kalça protezi yapılan hastalara RLTHM'ne göre verilen eğitim, danışmanlık ve ev izlemleri sonucunda hastaların GYA' deki bağımsızlıklarının arttığı ve daha az problem yaşadıkları tespit edilmiştir.⁴⁸ Nörolojik yetersizliği olan ve uzun süreli mekanik ventilasyon uygulanan hastaların yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını desteklemek ve yaşam kalitelerini artırmak için RLTHM'nin uygun olabileceği,⁴⁹ nöro-onkoloji hastalarının,⁵⁰ inmeli hastaların⁵¹ ve romatoid artritli hastaların⁵² bakımında da kullanımının yararlılığı bildirilmektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık bakımında yaşlı bireylere sunulacak hemşirelik bakımında RLTHM' nin kullanımının kolaylaştırıcı, açık ve net tanılamada, kritik düşünme ve karar vermede yol gösterici olabileceği,⁵³ kronik ağrıyla baş etmenin değerlendirilmesinde modelin kullanımının hem hastalar hem de hemşireler için bir çerçeve sağlayabileceği⁵⁴ belirtilmektedir.

Yukarıda sunulan çalışmalara göre KY hastalarının tedavi ve bakımında hemşirelerin çok önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. KY'nin bireylerin bağımsızlık düzeylerini olumsuz etkilemesi ve sıklıkla hastaneye yatarak tedavi

görmeyi gerektirmesi ve ülkemizde de giderek yaygınlaşıyor olması bireylerin ve toplumun maddi ve manevi yükünü artıran oldukça önemli bir durumdur. ^{4, 5, 55, 56} RLTHM'nin hasta bağımsızlığına ve bireyselleştirilmiş bakıma yaptığı vurgu ⁴⁴ modelin, KY hastalarına verilecek sağlık hizmetinin etkinliğini artırabileceğini ve hastalığın bireye ve topluma getirdiği yükü azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde modelin KY hastalarının bakımında kullanımına rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın hastanede yatan KY hastalarına RLTHM eşliğinde, sistematik ve planlı bir şekilde verilecek profesyonel hemşirelik bakımına örnek oluşturabileceği ve akademik ortamda oluşturulan bilginin uygulamaya aktarılması ile hastaların bağımsızlık düzeylerine ve bakım algılarına olumlu katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı KY hastalarına RLTHM eşliğinde verilen hemşirelik bakımının hastaların bağımsızlık düzeylerine ve bakım algılarına etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: KY hastalarına RLTHM'ne göre yapılandırılarak verilen hemşirelik bakımı hastaların bağımsızlık düzeylerini olumlu yönde etkiler.

H2: KY hastalarına RLTHM'ne göre yapılandırılarak verilen hemşirelik bakımı hastaların bakım algılarını olumlu yönde etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

Topluma ve her bir bireyine yönelik çok boyutlu sorumluluğu olan hemşirelik mesleği, insanı doğumundan ölümüne kadar geçen yaşam sürecinde sağlık ve hastalıktaki konumu ile anlamaya odaklanmıştır.^{40 (s.5)} Hemşireliğin özü ve ilgi alanı olan bakım, mevcut ya da olası gereksinimleri olan başka biri ya da grup için destekleyici, yardım edici ve kolaylaştırıcı aktiviteleri içerir. İnsanın büyümesi, gelişmesi ve hayatta kalması için gerekli olan bakım rahat ettirmeyi, empatiyi, sağlık eğitimi ve danışmanlığını, baş etme davranışlarını, sağlığı koruma ve iyileştirme davranışlarını, manevi desteği, güveni ve birçok destekleyici ve yardım edici davranışları içerir.⁵⁷ Hemşirelik bakımının sunulmasında önemli bir araç olan hemşirelik sürecinin bir model rehberliğinde kullanılması ile hasta gereksinimlerinin nasıl belirleneceği, bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerinden hangisinin seçileceği ve hasta sonuçlarının nasıl değerlendirileceğine ilişkin kanıtlanmış bilginin uygulama alanına yansıtılması sağlanır.⁵⁸

Dünya genelinde eskiden beri bilinen, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir sağlık sorunu olan KY'de,⁵⁹ ortaya çıkan semptomlar bireyin hem fizyolojik durumu hem de yaşam şekli, algıları, anksiyetesi, depresyonu ve beklentileri ile bağlantılıdır.^{9, 12, 22} Bu nedenle bir KY hastasına verilecek hemşirelik bakımı hasta tarafından bildirilen hastalığa ilişkin deneyimlere duyarlı ve uyumlu olmalıdır.^{12, 39, 60} RLTHM, bakımın hastalığa dayalı yaklaşımdan ziyade belirti ve bulguların yönetilmesine, bireyin bütüncül gereksinimlerinin tanımlanmasına yönelik bir yaklaşım sunmaktadır.^{44, 61, 62}

2.1. Kalp Yetmezliği

KY kalpteki yapısal veya işlevsel bozukluklar sonucunda ortaya çıkan⁴ ve vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamaya yetmeyecek şekilde azalan kardiyak output ile karakterize bir durumdur.⁵⁹ KY hastalarda nefes darlığı, yorgunluk, ayak

bileğinde şişme, gibi belirtiler ve juguler ven basıncında artma, akciğerlerde krepitasyon, kalp tepe atım noktasının yer değiştirmesi şeklinde bulguların görüldüğü klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır.⁴

2.1.1. Epidemiyoloji

Toplumun yaşlanması, miyokard infarktüsü (MI) tedavisindeki gelişmeler sayesinde ölümlerin önlenmesi ve yüksek risk altındaki veya ilk olayı atlatarak sağ kalan hastalarda koruyucu önlemlerle koroner olayların engellenmesi sonucunda KY prevelansı arttırmakta ve yaşlı nüfusta yaygınlaşmaktadır.^{4, 59} Dünya genelinde yaklaşık 26 milyon KY hastası olduğu ve bu sayının giderek artacağı tahmin edilmektedir.⁶ Gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun yaklaşık %1-2'sinde KY'ye rastlanmaktadır.^{4, 5, 63} Sadece Amerika'da yaklaşık 6 milyon KY hastası vardır ve her yıl buna yaklaşık 600.000 yeni vaka eklenmektedir.⁵ Değertekin ve arkadaşlarının Türkiye'deki kalp yetmezliği prevelansı ve öngördürücüleri (HAPPY) çalışmasına göre ülkemizde KY prevelansının % 6,9 olduğu ve yaklaşık 2 milyon 424 yetişkinde KY bulunduğu tahmin edilmektedir.⁵⁵ KY prevelansı 70 yaş ve üzerindekilerde %10 ve üzerindeki oranlarda görülmektedir.^{4, 5, 63}

KY'nin gidişatı olumsuzdur ve ileri yaş erkeklerde daha negatif seyretmektedir.⁴ Genel nüfusla kıyaslandığında KY' li hastaların ölüm riski 6-9 kat daha fazla olup, çoğunlukla hastaların % 50'si ilk 4 yıl içinde kaybedilmektedir. KY nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören hastaların % 40'ı bir yıl içinde ölmekte veya yeniden hastaneye yatırılmaktadır.⁷ Hastaneye akut olarak yapılan yatışların % 5'ini oluşturan KY, yatan hastaların % 10'unda mevcuttur ve çoğunluğu hastaneye yatış maliyetlerinden oluşan ulusal sağlık giderlerinin yaklaşık % 2'sinden sorumludur.^{5, 59} Kadın ve erkeklerde görülme durumuna bakıldığında, koroner arter hastalığının (KAH) erkeklerde daha genç yaşlarda görülmesinden dolayı, genç gruplarda erkeklerde KY

daha yaygın iken yaşlılarda her iki cinsiyette prevalans eşitlenmektedir.⁴

2.1.2. Etiyoloji

KY'nin en önemli iki etiyolojik nedeni KAH ve hipertansiyon (HT)'dur. Diğer nedenlere bakıldığında, hastaların %10'unda, kapak hastalığı %10'unda da kardiyomiyopati görülmektedir.^{1, 4, 7, 64} Ayrıca akut MI geçirmiş olmak kalp yetmezliği gelişme riskini 4- 6 kez arttırmaktadır.^{1, 7}

Bunlardan başka ailede kalp yetmezliği öyküsünün bulunması, viral/romatizmal miyokarditler gibi enfeksiyonlar, kollajen doku hastalıkları, kardiyak depresanlar, kemoterapikler ilaçlar, diabetes mellitus (DM), hiper/hipotroidi gibi metabolik ve endokrin hastalıklar, alkol, kobalt v.b. toksinler, radyasyon, obesite, kaşektik beriberi, kwashiorkor, pellegra gibi beslenme bozuklukları, travmalar, hipersensitivite, KOAH ve anemi etiyolojik nedenler arasındadır.^{1, 4, 7}

2.1.3. Fizyopatoloji

KY'ye sebep olan hastalık veya klinik durumlar neticesinde miyokardın kasılma gücü azalarak ventrikülün sistol veya diyastol fonksiyonu ya da her ikisi de bozulur ve kalp debisi düşer.^{1, 4, 65} Miyokardın işlev bozukluğu, KY belirti ve bulgularının açığa çıkmasından çok önce gelişir.⁷ Volüm ya da basınç yüklenmesi ya da miyokard kasındaki sorunlar sonucu kalbin iş yükü arttığında, vücudun metabolik gereksinimlerini karşılayacak faaliyetleri sürdürecektir seviyede kalp debisini oluşturmak için sempatik ve nörohumoral sistem devreye girer.^{1, 7}

2.1.4. Belirti ve Bulgular

KY'de kardiyak output'ta düşmeye bağlı olarak yorgunluk, halsizlik, idrar miktarında azalma, gece idrara çıkma, göğüs ağrısı, özellikle yaşlılarda olmak üzere konfüzyon, huzursuzluk, depresyon, baş dönmesi, senkop, taşikardi, palpitasyon, solgunluk, periferel nabızlarda azalma ve ekstremitelerde soğukluk görülür.^{1, 4}

Pulmoner konjesyon nedeniyle gece gelen kuru öksürük, nefes darlığı, ortopne, paroksizmal noktürnal dispne (PNP), hışıltılı solunum (wheezing), akciğerlerde krepitasyon, köpüklü pembe balgam ve taşipne görülür ve üçüncü kalp sesi (gallop ritmi) duyulur.^{1, 4} Ayrıca hastalığın ortaya çıkardığı fiziksel sorunlara kontrolün ve üretkenliğin kaybı, yaşam planları ve amaçlarında, aile ve sosyal çevreyle ilişkilerde değişiklikler, ekonomik sorunlar gibi psikososyal sorunlar da eklenir.^{7, 19, 66}

KY şiddetini belirlemede yaygın olarak semptomlar ve egzersiz kapasitesine dayalı New York Kalp Birliği (NYHA-New York Heart Association) işlevsel sınıflandırması kullanılmaktadır.⁴

Sınıf I- Fiziksel hareket kısıtlanması yoktur, olağan fiziksel aktivite normalin üzerinde halsizlik, çarpıntı veya dispneye neden olur.⁴

Sınıf II- Hafif hareket kısıtlanması vardır, dinlenme halinde rahattır, fakat sıradan fiziksel aktivite halsizlik, çarpıntı veya dispneye neden olur.⁴

Sınıf III- Belirgin hareket kısıtlanması vardır. Dinlenme halinde rahattır fakat olağan düzeyin altında fiziksel aktivite halsizlik, çarpıntı veya dispneye neden olur.⁴

Sınıf IV- Rahatsızlık hissetmeden herhangi bir fiziksel aktivite sürdürülemez. Dinlenme sırasında da semptomlar görülür. Herhangi bir fiziksel aktivite halinde rahatsızlık artar.⁴

2.1.5. Tıbbi Tanılama

Tanı öykü, fizik muayene ve tanı testleriyle konulur. KY tanısı için iyi bir öykü alınması ve fizik muayene önemlidir. Bireyde aile öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanımı, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet varlığı sorgulanır.^{1, 4, 65}

Nabız hızı, ritmi ve dolgunluğu kontrol edilir. Düşük kalp debisini kompanse etmek için genellikle atım hacmindeki değişimlere paralel olarak aritmiler (Pulsus alternans/ eşit aralıklı bir zayıf bir kuvvetli ritmik nabız, atriyal fibrilasyon) ve defisit

nabız mevcuttur. ⁴ Jugular venöz dolgunluk, S₃ ve S₄ kalp seslerinin varlığı kontrol edilir. Dinlenme ya da egzersiz sırasında halsizlik, yorgunluk, nefes darlığı mevcuttur. ^{1,}
4, 64, 65

Hastada periferik ödeme bakılır. Ödem genellikle alt ekstremitelerde görülür, yatan hastalarda pozisyona bağlı olarak sırtta ve sakrumda da ödem görülebilir. ^{7, 59} Derinin soğuk, soluk, siyanöze ve nemli olması perifere kan akımının azaldığını gösterir. ⁴ İleri dönem KY'de hastalar genellikle kaşektik görünümündedir ve kas kitlesi azalmıştır. ⁵⁹ Hastalarda iştahsızlık, sindirim sistemi sorunları, bacaklarda ve kollarda güçsüzlük ve yorgunluk olup olmadığı sorgulanmalıdır. ^{4, 7, 67}

KY'nin tanılanmasında kullanılan tanı testleri; laboratuvar testleri, elektrokardiografi (EKG), ayaktan EKG izlemesi (holter), ekokardiografi (EKO), toraks grafisi, kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (KMR), bilgisayarlı tomografi (BT), radyonüklid ventrikülografi, akciğer fonksiyon testleri gibi invaziv olmayan teknikler ve koroner anjiyografi, sağ kalp kateterizasyonu, endomiyokardiyal biyopsi gibi invaziv teknikler ve egzersiz testidir. ^{4, 7}

2.1.6. Tedavi

KY'de tedavi diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi farmakolojik ve non farmakolojiktir. Ayrıca cihazlar ve cerrahi girişimler de tedavide yer almaktadır. Tedavide amaç mortaliteyi azaltmak, semptom ve bulguları gidermek ve önlemektir. ^{4, 7}

2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi

Kronik hastalıklarda verilecek sağlık hizmetleri multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Sağlık hizmetinin verildiği kurumlarda hemşireler ilaçların hazırlanması, güvenli şekilde uygulanması, ilaçlara dair hastanın ve yakınlarının eğitimi ile hastanın ilaçlara tepkisinin izlenmesine ilişkin önemli roller üstlenmektedirler. ⁶⁸ KY'nin farmakolojik tedavisinde yer alan ilaçlar aşağıda yer almaktadır.

İnotroplar (Kardiyak Glikozitler); Kalp kasının kasılabilirliğini etkileyen bu sınıfın en yaygın prototipi digoksin'dir.⁶⁹ Terapötik indeksinin dar olması nedeniyle, kullanımı süresince bireylerin böbrek ve karaciğer fonksiyonları yakından izlenmelidir.^{7, 69} Özellikle yaşlılarda doz ayarının dikkatli yapılması gereklidir.¹ Digoksine bağlı en belirgin toksisite belirtileri iştahsızlık, bulantı, kusma, çift görme, bulanık sarı-yeşil ya da cisimlerin etrafında hale görme, çarpıntı, aritmi, sinirlilik ve konfüzyondur. Hemşire bu belirtiler konusunda hasta ve ailesini bilgilendirir ve hastayı takip eder.^{1, 7, 69}

Anjiyotensin Çevirici İnhibitörleri (ACEİ); Prototipi enalapril maleattır. Kaptopril, enalapril yaygın kullanılanlardır.⁶⁹ Kalp debisinde artış sağlamaktadırlar, inatçı kuru öksürük, böbrek fonksiyon bozuklukları ve hipotansiyon gibi yan etkileri mevcuttur.^{63, 69} Hemşire bu yan etkiler açısından hastayı takip eder, hastayı ve ailesini kan basıncı takibi hakkında bilgilendirir.^{1, 7, 63, 69}

Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB); Losartan potassium ARB sınıfı ilaçların prototipidir. ACEİ kullanımına yönelik kontrendikasyonu olan bireylerde ARB kullanılmaktadır. En önemli yan etkileri böbrek fonksiyonlarında bozulma, hipotansiyon ve hiperkalemi gelişimidir. Hemşire olası yan etkiler açısından hastayı takip eder ve hasta ve yakınlarını bu konuda bilgilendirir.^{1, 7, 69}

Beta-Adrenerjik Bloker Ajanlar; Bu grubun prototip ilacı propranolol hidroklorürdür. KY hastalarında mortalitenin azalmasında etkilidirler. En belirgin yan etkileri, bradikardi, hipotansiyon, atriyoventriküler bloklar, laringospazm, bronkospazm, libidoda azalma, yorgunluk, halsizlik, hipoglisemi/hiperglisemi, bulantı, kusma, karın ağrısı ve diyaredir.^{1, 7, 69} Hemşire hasta ve yakınlarını nabız sayımı, nabızın 60/dk'dan düşük olması halinde ilacın atlaması ve bir saat sonraki nabız kontrolüne göre ilaç alımının düzenlenmesine yönelik bilgilendirir.^{1, 63, 69}

Hidralazin/İsosorbid Dinitrat; Kalbin iş yükünü azalarak kalp debisini artırırlar. En belirgin yan etkileri baş ağrısı, hipotansiyon, böbrek fonksiyon bozuklukları ve lupus benzeri sendromlardır. Hemşirenin, ilaçların yan etkileri konusunda hasta ve ailesini bilgilendirmesi önemlidir.^{1, 7, 63, 69}

Diüretikler; KY tedavisinde en sık kullanılan diüretikler tiazid diüretikler (hidroklorotiazid), loop diüretikler (furosemid) ve potasyum tutulumunu sağlayan spironalakton (aldactone)'dur. Hastaların böbrek fonksiyonları, elektrolit, kreatin düzeyleri ve kiloları izlenmelidir. En belirgin yan etkileri böbrek fonksiyon bozuklukları, elektrolit dengesizlikleri ve hipotansiyondur. Hemşire hasta ve ailesini günlük kilo takibinin nasıl yapılacağı ve önemi hakkında bilgilendirir.^{1, 4, 7, 69}

2.1.6.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Son yıllarda KY nin farmakolojik tedavisinde birçok ilaç kullanılmakta ve olumlu sonuçlar alınmaktadır. Ancak, hastaların bakım ihtiyaçları tıbbi tanının konulması ve tedavi planının oluşturulmasıyla karşılanmamaktadır. Çünkü farmakolojik tedavinin başarısı hastaların nonfarmakolojik tedaviye uyumu ile mümkün olmaktadır.^{18, 70}

Nonfarmakolojik tedavi semptomları tanıma, sıvı ve sodyum yönetimi, beslenme ve kilo yönetimi, sigara ve alkol alışkanlıklarının kontrol altına alınması, fiziksel aktivite, aşılama ve hastalara öz-yönetim davranışlarının kazandırılmasını içerir.⁷⁰⁻⁷² Öz yönetim kilo takibi, ilaç tedavisine uyum, düşük sodyum diyeti, semptomların bireysel takibi ve ortaya çıktıklarında yardım alabilme, egzersiz ve düzenli kontrolleri kapsar.^{17, 18, 70, 72} Özellikle ölümcül klinik krizlerin önlenmesindeki önemi göz önüne alındığında hastalara öz-yönetim davranışlarının kazandırılması KY' nin yönetiminde nonfarmakolojik bileşenlerin anahtarıdır.⁷³

Multidisipliner sağlık ekibi, uzun vadede hastaların prognozunu ve yaşam

kalitelerini geliştirmeyi amaçlar. Ekip içinde hemşireler yol gösterici bir role sahiptirler.^{19, 21, 66} Bu doğrultuda hemşirelik bakım aktiviteleri fonksiyonel yeteneği artırmaya, kötüleşmeyi ertelemeye, yaşam kalitesini yükseltmeye ve konfor sağlamaya yöneliktir.⁷⁴ Yapılan alışmalar KY’ nin etkin yönetimi için hemşirelik bakımının ve taburculuk sonrasında hemşire rehberliğinde yapılan takibin ve verilen eğitimin etkili olduğunu ve buna gereksinimin giderek arttığını göstermektedir.^{21, 26, 35, 75}

KY hastalarının hemşirelik bakım süreci hastalığa değil hastanın hastalığa ilişkin tepki ve deneyimlerine yöneliktir. Örneğin, hemşire bir bireyin sağlık durumuna ilişkin KY tanısını koymaz, ancak hastalığın bir sonucu olarak hastanın aktivite toleransının azalması sonucu gelişen yorgunluk, aktivite intoleransı hemşirelik tanılarını koyar ve her biri için hasta merkezli bir bakım planı oluşturur ve uygular. Hemşirelik bakımının hasta gereksinimlerini daha etkin ve sistematik karşılayabilmesi için bir model eşliğinde verilmesi önerilmektedir.⁵⁸

2.2. Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli

Yaşam Modeli olarak da bilinen RLTHM ilk olarak, fizyoloji, psikoloji ve hemşirelikle ilgili çeşitli görüşleri bir araya getirme çalışmaları yapan Nancy Roper tarafından (1976) oluşturulmuştur. Winiferd W. Logan ve Alison J. Tierney’in de Roper’a katılmasıyla  tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1980’de “The Element of Nursing” adıyla yayımlanmıştır.^{76, 77} Model toplum sağlığı hemşireliğinde ve hastane içi hemşirelik bakımında kullanılmış ve bu alanlardaki alışmalar “Using a Model for Nursing “ adı ile 1983’te yayımlanmıştır.^{78, 79} İngiltere ve birçok ülkede kabul gören model özellikle dahili ve cerrahi kliniklerde hemşirelik uygulamalarında günümüzde de kullanılmaktadır.^{44, 80 (s.139-145)}

Model, Maslow’un Temel İnsan Gereksinimleri kuramından ve Virginia A. Henderson’nın 14 Evrensel İnsan Gereksinimi kuramından esinlenerek

oluşturulmuştur.^{78, 80, 81} Model hastalık durumunun tedavisinden ziyade, yaşam için temel olan insan gereksinimlerine ve sağlığa odaklanmıştır ve birbiriyle ilişkili ve birbirini etkileyen 5 ana bileşenden oluşmaktadır.^{44, 62, 82}

- Günlük Yaşam Aktiviteleri
- Yaşam Süresi
- Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi
- Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler
- Yaşamda Bireysellik/ Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı.^{44, 62, 82}

2.2.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), modelin ana ögesidir ve modelin merkezini birey ve/veya yakınları ve toplum oluşturmaktadır. GYA, yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için gerekli 12 aktiviteden oluşmaktadır. Bu aktiviteler güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, yeme ve içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku ve ölümdür.^{44, 62}

Yaşam aktivitelerinin hepsi önemlidir. Ancak solunum aktivitesi hayati öneme sahiptir ve tüm aktivitelerin temelidir. Solunum aktivitesi dışındaki yaşam aktiviteleri arasında belirgin bir öncelik yoktur. Öncelikler, koşullara ve bireysel tercihlere bağlıdır.^{44, 62} Modele göre bir hemşire, bireyin var olan durumu nedeniyle hangi yaşam aktivitesinin etkilendiğini ve hangi aktiviteyi yerine getiremediğini tespit eder, gereksinimlerini belirler ve gidermesine yardım eder.^{40, 44, 80}

2.2.2. Yaşam Süresi

Modelde yaşam süresinin değişik dönemleri tanımlanmıştır. Bunlar; doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, adölesan, yetişkinlik ve yaşlılık dönemleridir. İnsan, yaşamının her döneminde meydana gelen gelişmeler, fiziksel, entelektüel, emosyonel ve

sosyal süreçler tarafından etkilenir.^{44, 78, 82} Hemşireler, yaşam sürecindeki tüm dönemlerde bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedirler. Hemşirelik bakımının, bireyin içinde bulunduğu yaşam evresinin dikkate alınarak gerçekleştirilmesi, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında etkili olmakta ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.⁴¹

2.2.3. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi

Modelin bu bileşeni yaşam süresi ve yaşam aktiviteleri ile yakından ilişkilidir. Yaşam süresinin farklı evrelerinde birey çeşitli nedenlerden dolayı GYA'ni yerine getiremeyebilir.^{44, 78} Bireyin bağımlılık- bağımsızlık durumu saptanırken, yaşam süresinin dikkate alınması gereklidir. Normal gelişim sürecine göre bir yaşam süresinde, bebeklikten yetişkinliğe doğru GYA'nin gerçekleştirilmesinde bağımsızlık artmakta, yetişkinlik döneminde en üst düzeyde erişmekte ve yaşlılığa doğru azalmaktadır. Bağımsızlığın en üst düzeyde olduğu yetişkinlik döneminde de bireyler hastalık, kaza gibi nedenlerle GYA'inde bağımlı hale gelebilirler.^{40, 44, 78} Hemşire, bireyin her bir GYA' sindeki bağımlılık-bağımsızlık düzeyini belirlerken bireyin yardım gereksiniminin “ne” ve “ ne kadar” olduğuna karar verir. Bu karar sonucunda bireyin bağımlılıktan bağımsızlığa geçişine yardım eder.^{40, 42, 44}

2.2.4. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Modelin bu ögesi, insanların GYA'ni neden birbirinden farklı gerçekleştirdiklerini açıklamaktadır. GYA 'ni etkileyen faktörler 5 grupta ele alınmıştır.^{44, 78}

-Biyofizyolojik etmenler; genetik, yaş, sağlık/hastalık durumu, beden işlevlerinin durumu vb. özellikleri içerir.^{44, 78}

-Psikolojik etmenler; entelektüel beceriler, kişilik özellikleri, ruhsal durum,

tutum ve davranışları içerir.^{44, 78}

-Sosyo-kültürel etmenler; yaşamın maneviyat, din ve etik yönünü kapsamaktadır. Bireyin eğitim düzeyi, inanç ve değerleri, bulunduğu sosyal yapının özellikleri, statü ve rolleri, sosyal ilişkileri gibi özellikleri içerir.^{44, 78}

-Çevresel etmenler; bireyin yaşadığı yerdeki atmosfer özellikleri (organik ve inorganik partiküller, güneş ışığı, ses ve elektrik dalgaları vb.), bitkiler, hayvanlar, coğrafi etmenler, yapay çevre koşulları (binalar, karayolları vb.), giyisiler, ev, yaşanılan ortam gibi etmenlerdir.^{44, 78}

-Politiko-ekonomik etmenler; yaşamın yasal, yönetsel ve ekonomik yönleriyle ilişkisini ifade etmektedir. Devlet ve yasalar, kurum politikaları, politik ve ekonomik yaptırımlarda birey/sivil toplum örgütlerinin yaptırım gücü, yaşanılan ülkenin ekonomik gücü, bireyin maddi yeterliliği gibi etmenleri içerir. Bu bileşenlerin her biri yine birbiriyle etkileşim halinde GYA' ni etkilemektedir.^{44, 78}

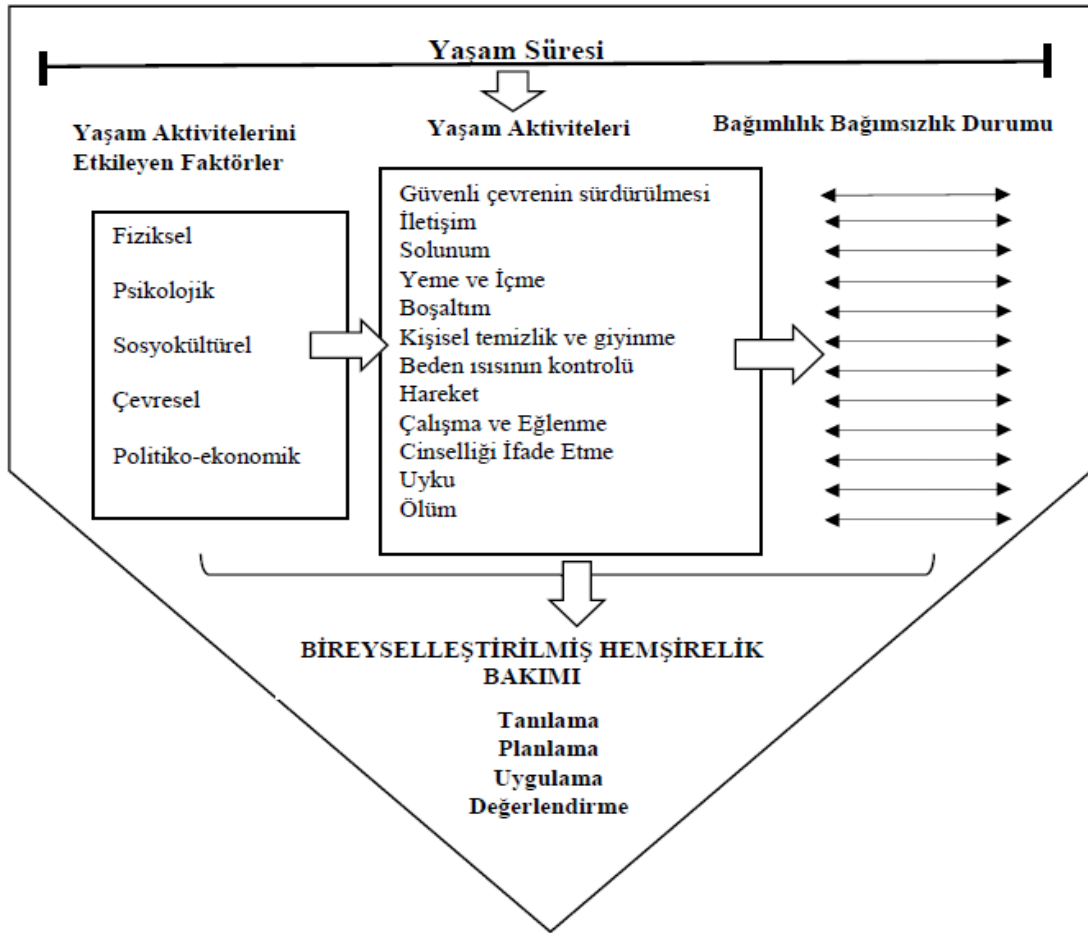
2.2.5. Yaşamda Bireysellik/ Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

Modelin bu bileşeni, her bireyin yaşamı farklı şekillerde deneyimleyip yaşadığını vurgular. GYA' ni gerçekleştirmede her insanın bireyselliği bulunduğu yaşam evresine, bağımlılık/bağımsızlık derecesine, çeşitli biyo-fizyolojik, psikolojik, çevresel, sosyo-kültürel, politik ve ekonomik değişkenlerin etkisine bağlı biçimlenir.^{44, 78} Bir insanın GYA'ni gerçekleştirmesindeki bireyselliği farklı şekillerde ortaya konulabilir. Örneğin bireyin GYA 'ni nasıl, hangi sıklıkta, nerede, ne zaman, neden gerçekleştirdiği, GYA konusunda ne biliyor olduğu, hangi inançlara sahip olduğu, GYA'ne karşı hangi tutum ve davranışları gösterdiğinin belirlenmesiyle saptanabilir.^{40, 44, 78}

Modeldeki “Yaşamda bireysellik” hemşirelik modelinde “bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı” olarak belirtilmektedir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, sorunların belirlenmesi için veri toplama, verileri analiz ederek sorunu tanımlama, sorunu

çözmek için planlama yapma, uygulama ve sonuçları değerlendirme aşamalarından oluşan hemşirelik sürecinin kullanılması ile sağlanır.^{40, 44, 78, 81}

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodlarının ana kaynağı olan insanın bireyselliği, eşsizliği ve bütünlüğüne olan inancın hayat bulmasıdır.⁸³ Bireyselleştirilmiş bakım hastanın var olan durumu ile bireysel özellikleri, yaşam biçimi, seçimleri ve bakımına ilişkin kararlara katılımını dikkate almayı gerektirir.^{84, 85} Sağlık, hastalık ve gereksinimler açısından hastalar arasındaki bireysel farklılıklar bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının gerekliliğini vurgulamaktadır.^{86, 87} Ayrıca bireyselleştirilmiş bakım, kaliteli hemşirelik bakımının bir elemanı olarak kabul edilir. Hastaların bireyselleştirilmiş bakımı deneyimlemiş olmaları memnuniyet düzeylerini artırmaktadır.⁸⁸



Şekil 2.1. RLTHM diyagramı

2.3. Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli Çerçevesinde Kalp Yetmezliği Hastasının Hemşirelik Bakımı

2.3.1. Yaşam Süresi

KY hastalarının çoğunluğu yaşlılık dönemindeki bireylerdir. Özellikle hastanede yatarak tedavi gören KY hastalarının çoğunluğu 65 yaş üstündedir.¹ Hemşirelik bakımında yaşlı bireyde meydana gelen fizyolojik ve işlevsel değişikliklerin yaşlanmaya bağlı normal değişiklikler mi, yoksa hastalık bulgusu mu olduğunu dikkatle değerlendirmek bakımın planlanması ve uygulanması için önemlidir. KY'li yaşlı hastalarda daha genç gruplarda görülen semptomlara ek olarak iştahsızlık, huzursuzluk, deliryum, siyanoz ve düşmeler de görülebilmektedir.⁸⁹ Ayrıca bazı ilaçların uzun süreli kullanımı yaşlı bireylerde artrit, göğüs ağrısı, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve toksik etkiye neden olabilir.¹

2.3.2. Bağımlılık- Bağımsızlık Dizgesi

KY bireyin ve ailesinin yaşamını her açıdan olumsuz etkiler, hastalığın ileri evrelerinde hastaların bağımlılık düzeyleri artar.^{8, 10, 12, 17} Ayrıca KY hastalarının çoğunluğu ileri yaş grubunda olduğu¹ için hem yaş hem de KY, hastaların bağımsızlık düzeyini daha da olumsuz etkiler ve GYA'lerini yerine getirmede isteksizliğe neden olabilir.^{12, 22, 90}

2.3.3. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Bireyin biyofizyolojik durumu, mevcut hastalıkları, HT, KAH, kapak hastalığı, kardiyomiyopati, DM, MI geçirmiş olmak ve ailede KY öyküsünün bulunması KY için hem zemin hazırlayıcı hem de KY'nin gidişatını olumsuz etkileyen faktörlerdir.^{1, 4, 7, 65} KY'nin bireylere bir takım fiziksel sınırlamalar getiriyor olması hastaların psikolojik durumunu etkilemekte stres, depresyon, anksiyete, korku ve endişenin yaygın görülmesine neden olmaktadır.¹³⁻¹⁵

Kültürel inançları ve alışkanlıkları, sosyal destek düzeyleri KY hastalarının

tedaviye ve öz bakıma uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir.⁹¹ Hastalar semptomların ağırlaştığını farketmeler bile hastaneye yatma korkusu yaşadıkları için bir sağlık kuruluşuna başvurmayı ertelemekte,^{15, 71, 92} inançları doğrultusunda yaşamaya ve inançlarına daha çok bağlanma eğilimi göstermektedirler.^{93, 94} Ayrıca sıklıkla hastaneye başvurmak zorunda kalmak, bakım ve tedavinin ömür boyu sürmesi bireye, ailesine ve genel olarak topluma ekonomik ve sosyal olarak ciddi yük getirmektedir.^{11, 59, 95}

2.3.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri

2.3.4.1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Bu aktivite bireyin hayatta kalması ve kaliteli bir yaşam sürebilmesi için biyofiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel yönden güvenli bir ortamı ifade eder. Barınma koşulları, çevre kirliliği, ekonomik durum gibi dış çevreyi, hormonal ve kimyasal dengesizlikler, kanama, ağrı, yaşam bulguları gibi iç çevreyi, ayrıca bilgi eksikliği, konfüzyon, anksiyete, depresyon, bireysel yaşam tarzı seçimleri sonucu meydana gelen düzensizlikleri de içeren oldukça önemli bir aktivitedir. Burada amaç bireyi herhangi bir zarardan korumaktır.⁴⁴ Bu aktivite altında kullanılabilecek “düşme riski, enfeksiyon riski, zehirlenme riski, kanama riski, bilgi eksikliği, akut ağrı, anksiyete ve teropatik rejime uyumda güçlük” hemşirelik tanılarına⁹⁶⁻⁹⁹ yönelik “çevre yönetimi, düşmeyi önleme, gözetim, enfeksiyonun önlenmesi ve enfeksiyondan korunma, hastalık süreci- tedavi- diyet-egzersiz-ilaç ve yardımcı araç kullanımı öğretimi, ağrı yönetimi, ilaç tedavisi yönetimi ve uygulaması, emosyonel destek, anksiyete yönetimi, sağlık eğitimi ve başatmanın güçlendirilmesi” gibi hemşirelik girişimleri uygulanabilir.^{96, 100}

2.3.4.2. İletişim Aktivitesi

Bu aktivite insan yaşamının önemli bir boyutu olan insan ilişkilerinde ve kişilerarası ilişkilerin bütün alanlarında gereklidir. Hemşire bireyin sözlü, sözsüz iletişim yeteneklerini kullanma şeklini değerlendirir.^{40, 44} Bu aktivite altında

kullanılabilecek “aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma” hemşirelik tanısına^{96, 100} yönelik “ailenin bakıma katılımının geliştirilmesi, ailenin desteklenmesi ve aile bütünlüğünün geliştirilmesi” hemşirelik girişimleri uygulanabilir.^{96, 100}

2.3.4.3. Solunum Aktivitesi

Solunum aktivitesi hayati önem taşır ve diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için varlığı zorunludur. Bu aktivitenin etkin sürdürülebilmesi işlevsel bir kardiyovasküler ve solunum sistemi ile mümkündür. Aktivite solunum (hız, derinlik, raller), deri ve mukoz membranların rengi, kan gazı, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, hemoglobinin düzeyi gibi göstergeler ile değerlendirilir.^{44, 78 42} Bu aktivite altında “kardiyak output’ta azalma, gaz alışverişinde bozulma/riski, aktivite intoleransı, hava yolunu temizlemede etkisizlik” gibi hemşirelik tanıları kullanılabilir.⁹⁶ Bunlara ek olarak “kardiyojenik şok, aritmiler, tromboemboli, perikardiyal efüzyon, kardiyak tamponad” gibi ortak kullanılan tanımlar da bu aktivite altında ele alınabilir.¹⁰³ Bu tanımlara yönelik “kardiyak bakım, kardiyak risk yönetimi, ilaç tedavisinin yönetimi ve ilaç uygulama, hava yolu yönetimi, hava yolu aspirasyonu, oksijen tedavisi, öksürüğün güçlendirilmesi, pozisyon verme, enerji yönetimi, egzersiz geliştirme, uykunun güçlendirilmesi, ortak amaç belirleme” gibi hemşirelik girişimleri uygulanabilir.^{96, 100}

2.3.4.4. Yeme İçme Aktivitesi

Bu aktivite ısırma, çiğneme, yutma ve sindirme yeteneklerine bağlıdır. Ayrıca bireyin beslenme bilgisi, yemek ve alışveriş yapma becerisi, sevip/sevmemesi, ekonomik durumu, yaşadığı kültür, dini inancı ve beden imajı gibi faktörlerden etkilenir.⁴⁴ Bu aktivite altında kullanılabilecek “vücut gereksinimlerinden daha az beslenme ve kendi kendine beslenmede eksiklik” hemşirelik tanılarına^{96, 103} Bu yönelik “beslenme yönetimi, diyetin yeterliliğinin izlenmesi, beslenme danışmanlığı, beslenmede öz-bakıma yardımcı olma” hemşirelik girişimleri uygulanabilir.^{96, 100}

2.3.4.5. Boşaltım Aktivitesi

Boşaltım istemli olarak kontrol edilebilen/bağımsız, çok özel ve mahremiyet gerektiren bir aktivitedir. Boşaltıma ilişkin hemşirelik faaliyetleri bireyin bağımlılık düzeyine göre var olan ya da gelişebilecek sorunun önlenmesi amacıyla planlanmaktadır ve gizliliğe saygılı bir yaklaşım gerekmektedir. ^{41, 44, 78} Bu aktivite altında kullanılabilecek “sıvı volüm fazlalığı, elektrolit dengesizliği/riski, konstipasyon/riski” gibi hemşirelik tanılarına ^{1, 96, 97, 103} yönelik “sıvı-elektrolit yönetimi, sıvı-elektrolit takibi, kardiyak risk yönetimi, deri gözetimi, konstipasyon yönetimi, barsak yönetimi” gibi hemşirelik girişimleri uygulanabilir. ^{96,100}

2.3.4.6. Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

Kişisel temizlik aktivitesi vücudun tüm deri ve eklerinin ağız ve dişlerin temizliğini ve bakımını içeren uygulamalar ve alışkanlıklardan oluşmaktadır. Giyinme aktivitesi ise bireyin bedensel korunma gereksinimini karşılarken, geleneksel ve kültürel özelliklerinin yanı sıra seksüel tavrını da yansıtır. Ayrıca sözsüz iletişim kanallarından biridir. Bireyin bağımsızlık düzeyi ile de yakından ilişkilidir. ^{44, 78, 82} Bu aktivite altında kullanılabilecek “deri bütünlüğünde bozulma/riski, oral mukoz membranlarda bozulma/riski” hemşirelik tanılarına ⁹⁶⁻⁹⁹ yönelik “deri gözetimi, masaj, ağız sağlığının sürdürülmesi” hemşirelik girişimleri uygulanabilir. ^{96, 100}

2.3.4.7. Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi

Beden ısının kontrolü üretilen ve kaybedilen ısı enerjisinin dengesine bağlıdır. Sağlıklı birey vücut ısını normal sınırlarda tutabilmek için çevre ısını ayarlama, ortamı havalandırma, giysi türünü ve sayısını seçme, fiziksel aktiviteleri düzenleme gibi seçeneklerden yararlanır. Hasta bireylerde ise vücut ısının normal düzeylerde tutulabilmesi çoğunlukla hemşirelik girişimleri ile mümkündür. ^{41, 44} Bu aktivite altında kullanılabilecek “vücut sıcaklığında dengesizlik riski” hemşirelik tanısına ⁹⁶ yönelik

vücut sıcaklığı regülasyonu, çevre yönetimi, vital bulguları izleme” gibi hemşirelik girişimleri uygulanabilir. ^{96, 100}

2.3.4.8. Hareket Aktivitesi

Bu aktivite yürüme, koşma, eğilme gibi büyük kasları ve iskelet sistemini içeren aktivitelerin yanı sıra ince motor beceriler, el becerisi, yüz ifadeleri, tikler ve sözsüz iletişimle de ilgilidir.⁴⁴ Ayrıca bağımlılık- bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkilidir çünkü bireyin diğer yaşam aktivitelerini bağımsızca yerine getirebilmesi, hareket yeteneği ile bağlantılıdır. ^{41, 44, 78} Bu aktivite kapsamında kullanılabilecek olan “yorgunluk, kendi kendine giyinmede, yıkanmada, tuvaleti kullanmada eksiklik” hemşirelik tanılarına ^{1, 96-99} yönelik “enerji yönetimi, ortak amaç belirleme, giyinme ve kendine özende öz bakıma yardım, banyo ve hijyende öz bakıma yardım, transfer ve tuvalette öz-bakıma yardım” hemşirelik girişimleri uygulanabilir. ^{96,100}

2.3.4.9. Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi

Yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesini geliştirmekte önemli rolü olan bir aktivitedir.^{44, 78} Sadece ücretli işleri içermez, aynı zamanda ev ve bahçe işi gibi aktiviteleri de içerir. Oyun oynamak, gevşemek, rahatlamak, sinemaya gitmek, dans etmek gibi bireysel eğlenme amaçlı yapılan aktiviteleri de içerir. Bu aktiviteye ilişkin seçim, bireyin kişiliğine, ruhsal ve soyo-kültürel durumuna göre değişebilir. Bu aktivitede bireyin bağımsızlığı fiziksel yetersizliğe, mental hastalığa/engelliliğe, duyu azalmasına/kaybına bağlı olarak etkilenir.^{41, 44} Bu aktivite kapsamında kullanılabilecek “eğlence aktivitesinde eksiklik” hemşirelik tanısına ⁹⁶ yönelik kullanılabilecek hemşirelik girişimleri “rekreasyon tedavisi, sosyalizasyonu güçlendirme” olabilir. ^{96,100}

2.3.4.10. Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Bu aktivite sadece seksüel yaşam ve insan neslinin sürdürülmesi ile ilişkili değildir.⁴⁴ Cinsellik iki farklı cinsin kişilik, davranış ve rollerinin oluşmasında önemli

etmenlerdendir. Ayrıca cinsellik fiziksel görünüş, giyim tarzı, sözel ve sözel olmayan iletişim, aile, sosyal roller ve ilişkiler, çalışma ve eğlenme aktivitesi ile yakından ilişkilidir.^{41, 44, 78} Bu aktivite altında “beden imgesinde rahatsızlık/riski” tanısı kullanılabilir⁹⁶ ve bu tanıya ilişkin “beden imgesinin güçlendirilmesi, aktif dinleme, baş etmeyi güçlendirme” hemşirelik girişimleri uygulanabilir.^{96,100}

2.3.4.11. Uyku Aktivitesi

Uyku insan yaşamında temel ve vazgeçilemez aktivitelerden biridir. Uyku sırasında vücutta biyolojik süreç aktiftir, hücreler büyüme ve yenilenmeye devam eder.^{44, 78} Günlük hayatta oluşan stresle baş etmede uyku önemli bir rol oynar. Yetersiz uyku durumunda huzursuzluk, stres, yorgunluk ve çeşitli hastalıklar ortaya çıkabilir, var olan hastalık durumuna karşı bireyin toleransı azalabilir.^{41, 44} Bu aktivite altında kullanılabilecek “uyku örüntüsünde rahatsızlık” hemşirelik tanısına⁹⁶ yönelik “uykunun güçlendirilmesi, enerji-çevre yönetimi” gibi hemşirelik girişimleri uygulanabilir.^{96,100}

2.3.4.12. Ölüm Aktivitesi

Yaşamın sonu olan ölüm kavramının, GYA içinde bulunması ölüm süreci ile ilgilidir. Ölüm süreci GYA’ni etkiler, giderek yaşamı nihayete erdiren sonu oluşturur. Bazı görüşlere göre doğumla başlayan ölüm süreci kiminin yaşamını gölgelerken kiminin de yaşamına farklı bir anlam katmaktadır. Toplumsal ve kültürel farklılıklar ölüme bakış açısını değiştirebilir.⁴⁴ Bu aktivite ölüme ilişkin düşünceleri, korkuları, endişeleri, tedavileri, genel ve dini inançları, ritüelleri ve bireysel istekleri de içerir.⁴² Bu aktivite altında “dinsel emir ve yasaklara uymada sıkıntı/riski” saptanabilir^{93, 96, 105} ve bu tanıya yönelik “spritüel destek” hemşirelik girişimi uygulanabilir.^{96,100}

Yukarıda bahsedilen her bir tanının hemşirelik girişimleri, girişim aktiviteleri ve beklenen hasta sonuçları/hedefleri ayrıntılı olarak EK-7’de yer almaktadır.

3. MATERİYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, girişim ve kontrol gruplu yarı deneysel desende yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Tokat il merkezinde yer alan ve 800 yatak kapasiteli Tokat Devlet Hastanesi'nde (TDH) 10 yatak kapasitesi olan koroner yoğun bakım ünitesinde (KYBÜ) gerçekleştirildi. Araştırmanın verilerinin toplandığı süreçte, üniteye sorumlu hemşire dahil olmak üzere toplam 12 hemşire, üniteye hasta yatışı yapan 5 kardiyolog ve 3 hasta bakım destek elemanı görev yapmaktaydı. Sorumlu hemşire dışındaki hemşireler 08-16, 16- 08 vardiyası ve hafta sonları 24 saatlik nöbet olmak üzere 3 farklı vardiya şeklinde çalışmaktaydı. Araştırma Nisan 2014 - Şubat 2017 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini TDH KYBÜ'de KY tanısı ile yatan hastalar oluşturdu. TDH 2013 yılı yatan hasta kayıtlarına göre KYBÜ'de KY tanısı ile 185 hastanın yatmış olduğu tespit edildi. Güç analizi yapılarak % 97 güç ve 0.03 yanılğı payı ile örneklemin en az (99.76) 100 hastadan oluşması gerektiği saptandı.¹⁰⁶ Örneklem girişim ve kontrol grubu olmak üzere ellışer kişilik iki gruba ayrıldı. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların etkileşimini önlemek amacıyla, önce kontrol grubunda istenilen hasta sayısına (50 kişi) ulaşıldıktan sonra girişim grubundaki hastalar (50 kişi) uygulamaya alındı ve toplamda 100 hastaya ulaşıldı.

Örnekleme Alınma Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- New York Kalp Birliği/ NYHA sınıflamasına göre III. veya IV. seviye KY hastası olmak.

- İletişim ve işbirliğine açık olmak.
- Psikiyatrik bir hikayesi bulunmamak.
- Görme ve işitme ile ilgili duyuşal kaybı bulunmamak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, RLTHM'ne Göre Hasta Tanılama Formu, Modifiye Barthel İndeksi (MBI) Türkçe versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği (BBÖ) Türkçe versiyonu kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu (EK-3); Hastaların demografik özellikleri, kalp yetmezliği seviyesi, hastalığın süresi, ejeksiyon fraksiyonu (EF), eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar gibi hasta hakkında genel bilgileri içermektedir.

Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli'ne Göre Hasta Tanılama Formu (EK-4); Bu form hastayı bütün boyutlarıyla ele alacak şekilde RLTHM esas alınarak oluşturulmuştur. Tanılama formu genel tıbbi anamnez ile güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku ve ölüm aktivitesini içeren RLTHM'ne göre 12 öğeden oluşmaktadır.¹⁰⁷

Modifiye Barthel İndeksi / MBI (EK-5); Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen indeks Shah tarafından 1988'de modifiye edilmiştir. İndeksin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından (2000) yapılmış olup Cronbach Alpha güvenirlik katsayısının inmeli hastalarda 0.93 ve spinal kord yaralanmalı hastalarda 0.88 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.92 bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerindeki fiziksel bağımsızlığı değerlendiren indeks 10 maddeden oluşmakta ve 5'li puanlama sistemi ile değerlendirilmektedir. Ölçekten en az 0 puan en çok 100 puan alınmakta ve puan arttıkça bağımsızlık düzeyi artmaktadır.¹⁰⁸

Tablo 3.1. MBI madde ve puanları

	KOD	I	II	III	IV	V
A.	Transfer	0	3	8	12	15
B.	Ambulasyon/	0	3	8	12	15
	*Tekerlekli Sandalye	0	1	3	4	5
C.	Merdiven	0	2	5	8	10
D.	Beslenme	0	2	5	8	10
E.	Giyinme	0	2	5	8	10
F.	Kişisel bakım	0	1	3	4	5
G.	Banyo yapma	0	1	3	4	5
H.	Tuvalet kullanımı	0	2	5	8	10
I.	İdrar İnkontinansı	0	2	5	8	10
J.	Gaita kontinansı	0	2	5	8	10

*Ambulasyon puanı 0 ise tekerlekli sandalye maddesi puanlanır.

Modifiye Barthel İndeksi Kodlarının Açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener, fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği/BBÖ (EK-6); BBÖ hastanın, bireyselleştirilmiş bakıma yönelik bakış açısını değerlendirmek için Suhonen ve arkadaşları tarafından 2000’de geliştirilmiş ve sonrasında aynı yazarlar tarafından 2005’de yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Acaroğlu ve arkadaşları tarafından 2007’de yapılmıştır.⁸³ BBÖ yetişkin, hastanede yatan, soruları bağımsızca cevaplayabilen ve hastaneden eve taburcu edilen hastalara uygulanır. BBÖ kişinin hastanede kaldığı sürece, bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin farkına varması (BBÖ-A) ve kendi bakımında bireyselliğini algılamasına

ilişkin (BBÖ-B) değerlendirmeyi kapsayan iki bölümden oluşmaktadır. Türkçe ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı BBÖ-A için 0.92 ve BBÖ-B için 0.93 tür. Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı BBÖ-A'da 0.98 ve BBÖ-B'de 0.97 olarak tespit edildi.^{83, 109}

1. Klinik Durum A01-A07 ve B01-B07; Bireyin hastalığa tepkileri, duyguları, hissettikleri ve var olan durumunun birey için anlamını içeren yedişer sorudan oluşmaktadır.

2. Kişisel Yaşam Durumu; A08-A11 ve B08-B11; Bireyin inanç ve değerlerini gösteren alışkanlıklarının, aktivitelerinin, tercihlerinin, aile bağlarının yansıra işi ve hastane deneyimine ilişkin bilgileri kapsayan dörder maddeden oluşmaktadır.

3. Karar Verme Kontrolü A12-A17 ve B12-B17; Bireyin duygularını, düşüncelerini, isteklerini yansıtan ve bakımına ilişkin kararlarda söz sahibi olmasına imkan veren, bilgiye dayalı karar verme kontrolünü içeren altışar maddeden oluşmaktadır.

Ölçek beşli likert tipinde düzenlenmiştir. 5=tamamen katılıyorum; 4=kısmen katılıyorum; 3=kararsızım; 2=kısmen katılmıyorum; 1=kesinlikle katılmıyorum biçiminde puanlandırılır. Uygulamada alt boyutlara ait puan ortalamaları; her alt boyutun kapsadığı maddelerden alınan puanların toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. A ile B bölümlerinin toplam puan ortalamaları da bölümlerdeki bütün maddelerden alınan toplam puanların madde sayısına bölünmesiyle hesaplanır. BBÖ'nün bölümlerinden ve alt boyutlarından en fazla 5.0, en az 1.0 puan alınabilir. Puanlar yükseldikçe kişinin bireyselliğini artırmayı hedefleyen hemşirelik girişimlerinin farkına varması (BBÖ-A) ve kendi bakımında bireyselliği algılaması (BBÖ-B) artar.^{83, 109}

Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli Eşliğinde KY'li Hasta Bakım Rehberi (EK-7); Araştırmacılar tarafından ilgili literatür^{1,6,7,9,37,69,70,96,97,100-104} taranarak

oluşturulan rehber, 12 GYA'ne yönelik KY'li hastalarda kullanılabilecek hemşirelik tanıları, tanılara yönelik girişimler ve girişimler sonucunda beklenen hasta sonuçlarından oluşmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 01 Mayıs 2014- 31 Mayıs 2015 tarihleri arasında toplandı. Veriler toplanmadan önce, TDH KYBÜ' sinde çalışmakta olan hemşire, hekim ve diğer sağlık çalışanları araştırma hakkında bilgilendirildi. Ünitenin yönetici hemşiresi ile işbirliği yapılarak, araştırmacı ve onun dışındaki çalışmaya destek olmaya gönüllü, lisans mezunu olan 4 hemşirenin vardiyaları, ünitenin ve diğer çalışanların düzenini engellemeyecek biçimde, RLTHM' ne göre verilecek bakımın devamlılığı sağlayacak şekilde düzenlendi. Araştırmacı tarafından, bakıma destek olan lisans mezunu 4 hemşireye RLTHM, KY hastalarına verilecek hemşirelik bakımında modelin kullanımı hakkında eğitim verildi. Eğitim araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan RLTHM' ne göre KY hastasının bakımını içeren power point sunusu eşliğinde, sözel anlatım ve soru cevap şeklinde, üniteye yer alan eğitim salonunda 45 dk. süren iki oturum (toplamda 90 dk.) şeklinde yapıldı.

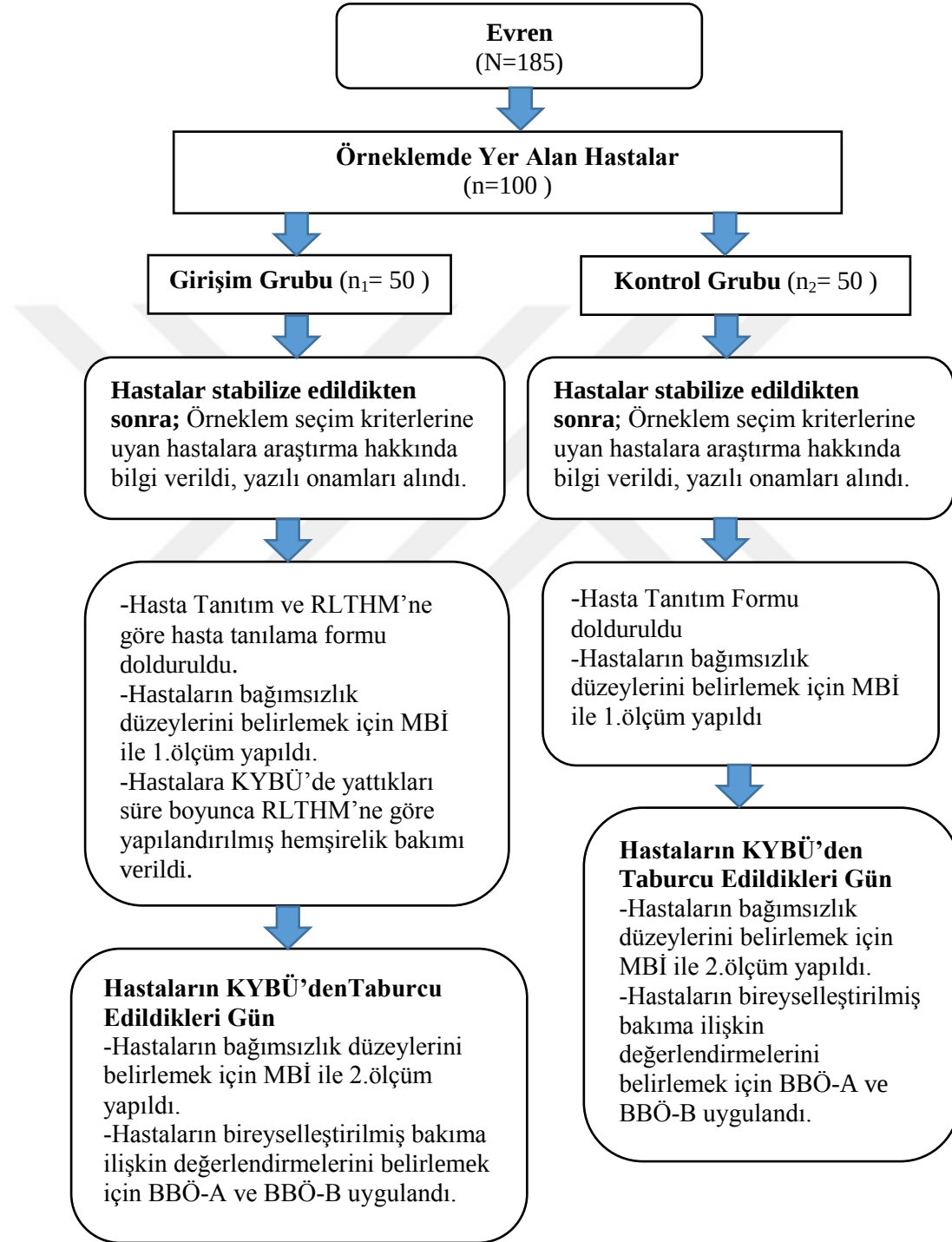
Verilerin toplanmasına önce kontrol grubu hastaları ile başlandı. Kontrol grubundaki hastalar üniteye kabul edildikten sonra, acil müdahale ihtiyaçlarının kalmaması, vital bulgularının stabil olması ve aydınlanmış onamlarının alınmasından sonra, “hasta tanıtım formu” hasta ve varsa yakını ile yüzyüze görüşülerek, dosya kayıtlarından yararlanılarak dolduruldu. Hastaların bağımsızlık düzeylerine ilişkin ilk ölçüm MBI ile hastanın verdiği bilgiler, hasta kayıtları ve araştırmacının gözlemleri doğrultusunda yapıldı. Kontrol grubundaki hastalara üniteye yattıkları ortalama 4.38 ± 1.19 gün boyunca hastanede uygulanan rutin bakım dışında herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Hastalar KYBÜ' den kardiyoloji kliniğine transfer edildikleri gün

bağımsızlık düzeylerini ölçmek için ikinci kez MBI ile ölçüm yapıldı. Hastaların KYBÜ’ de aldıkları bakım ve kardiyoloji kliniğindeki aldıkları bakım farklı olabileceği için kardiyoloji kliniğine nakledildikleri gün, hastaların rahat oldukları ve görüşme için yeterince zamanın olduğu bir saatte bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin algılarını değerlendirmek için BBÖ-A ve BBÖ-B’ yi doldurmaları sağlandı.

Kontrol grubundaki istenilen hasta sayısına (50 kişi) ulaşıldıktan sonra girişim grubundaki hastalar uygulamaya alındı. Girişim grubundaki hastalar üniteye kabul edildikten sonra, acil müdahale ihtiyaçlarının kalmaması, vital bulgularının stabil olması ve aydınlanmış onamlarının alınmasından sonra, “hasta tanıtım formu” ve “RLTHM’ ne göre hasta tanılama formu” hasta ve varsa yakını ile yüz yüze görüşülerek, dosya kayıtlarından ve gözlemlerden yararlanılarak dolduruldu. MBI ile ilk ölçüm hastanın verdiği bilgiler, hasta kayıtları ve araştırmacının gözlemleri doğrultusunda yapıldı.

Girişim grubundaki hastalara kontrol grubundan farklı olarak üniteye yattıkları ortalama 4.72 ± 1.37 gün boyunca RLTHM’ ne göre yapılandırılan hemşirelik bakımı verildi. Bakım verme sürecinde “hasta tanıtım formu” (EK-3) ve “RLTHM’ ne göre hasta tanılama formu” ndan (EK-4) elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik tanıları konuldu, tanımlara yönelik bakım amaçları belirlendi, hemşirelik girişimleri planlandı, girişimler uygulandı ve uygulama sonuçları değerlendirildi. Bu süreçte EK-7’de yer alan “RLTHM Eşliğinde KY’li Hasta Bakım Rehberi” kullanıldı. Araştırmacı tarafından her bir hasta için hazırlanan bakım planları bakımın devamlılığını destekleyen 4 hemşire ve araştırmacı tarafından hayata geçirildi. Hastaların bakımı her bir destekleyici hemşire ve araştırmacı arasında vardiya teslimine benzer şekilde süreklilik bozulmadan devam ettirildi. Hastaların KYBÜ’den kardiyoloji kliniğine transfer edildikleri gün bağımsızlık düzeylerini ölçmek için ikinci kez MBI ile ölçüm yapıldı. Girişim grubundaki hastaların kardiyoloji kliniğinde RLTHM’ne göre verilen bakımlarının devamlılığı

sağlanamayacağı için hastaların kardiyoloji kliniğine nakledildikleri gün, rahat oldukları ve görüşme için yeterince zamanın olduğu bir saatte bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin algılarını değerlendirmek için BBÖ-A ve BBÖ-B' yi doldurmaları sağlandı.



Şekil 3.1. Araştırma süreci

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: RLTHM'ne göre verilen hemşirelik bakımı.

Bağımlı değişkenler: MBI puanları ve BBÖ puanları.

Kontrol değişkenleri: Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıkları, yoğun bakımda kalma süreleri vb.).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi bilgisayarda SPSS 18 (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi ve tablolandırıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde kullanılan testler ve uygulandıkları parametreler aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.2. İstatistiksel analizde değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
-Girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı	-Frekans ve yüzdelik
-Gruplar arası tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerin karşılaştırılması	- Ki-kare ve Fisher ki-kare
-MBI ve BBÖ puan ortalamaları,	- Aritmetik ortalama ve standart sapma
-Grupların MBI birinci ve ikinci ölçümün puan ortalamaları ve BBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	- Aritmetik ortalama, standart sapma, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi
-Hemşirelik tanılarının kabul-taburculuk karşılaştırılması	-McNemar
-Hemşirelik girişimlerinin dağılımı	-Frekans ve yüzdelik

3.8. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Araştırma TDH'da KYBÜ'de yatarak tedavi gören KY hastaları ile sınırlıdır. Hastalara sunulan hemşirelik bakımının hemşirelik süreci eşliğinde, bir model kullanılarak kesintiye uğramadan verilmiş olması araştırmanın güçlü yönüdür.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (EK-8). Tokat Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden ve Tokat Devlet Hastanesi'nden gerekli izinler (EK-9) alındı. Araştırmaya katılan tüm hastalardan sözel onay ve “Bilgilendirilmiş Olur Formu” (EK-2) ile yazılı izin alındı.



4. BULGULAR

KY hastalarına RLTHM'ne göre verilen hemşirelik bakımının hastaların bağımsızlık düzeylerine ve bakıma ilişkin algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n (50)	%	n (50)	%	
Cinsiyet					$X^2=0.36$
Kadın	25	50.0	22	44.0	df=1
Erkek	25	50.0	28	56.0	p=0.54
Yaş	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$	
	72.98	± 9.52	74.64	± 7.07	$X^2=3.41$
50-59 yaş	9	18.0	3*	6.0	df=2
60-69 yaş	6	12.0	7	14.0	p=0.18
70 yaş ve ↑	35	70.0	40	80.0	
Eğitim Durumu					$X^2=2.40$
Okur-yazar	31	62.0	38	76.0	df=2
İlkokul	19	38.0	12	24.0	p=0.30
Medeni Durum					$X^2=0.00$
Evli	25	50.0	25	50.0	df=1
Bekar	25	50.0	25	50.0	p=1.00
Meslek					
Ev hanımı	24	48.0	21	42.0	$X^2=3.13$
Çiftçi	15	30.0	14	28.0	df=3
Emekli	4*	8.0	10	20.0	p=0.37
Diğer	7	14.0	5	10.0	
Yaşanılan Kişi					$X^2=1.68$
Yalnız	5	10.0	2*	4.0	df=2
Eşi	26	52.0	25	50.0	p=0.43
Diğer	19	38.0	23	46.0	
Sigara Kullanma					$X^2=0.00$
Kullanan	5	10.0	5	10.0	df=1
Kullanmayan	45	90.0	45	90.0	p=1.00

*Fisher ki-kare değeri alınmıştır

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.1) girişim grubundaki hastaların % 50.0'sinin kontrol grubundaki hastaların % 44' ünün kadın olduğu, girişim grubunun yaş ortalamasının 72.98 ± 9.52 yıl, kontrol grubunun yaş ortalamasının 74.64 ± 7.07 yıl olduğu tespit edildi. Girişim grubunun % 31'inin, kontrol grubunun % 38'inin okur-

yazar olduğu belirlendi. Hem girişim hem de kontrol grubunun % 50'sinin evli olduğu, girişim grubunun % 52'sinin, kontrol grubunun % 50'sinin eşi ile birlikte yaşadığı, girişim grubunun % 48'inin, kontrol grubunun % 42'sinin ev hanımı olduğu ve her iki grubun da % 10'unun sigara kullandığı tespit edildi.

Grupların tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı ve grupların değişkenler yönünden benzer olduğu saptandı ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Grupların hastalığa ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n	%	n	%	
KY Sınıfı					$X^2=0.36$
NHYA* 3	21	42.0	24	48.0	df=1
NHYA* 4	29	58.0	26	52.0	p=0.54
EF					$X^2=1.47$
< %35 ve	32	64.0	26	52.0	df=1
≥%35 ve	18	36.0	24	48.0	p=0.22
Hastalık Süresi	$\bar{X}$	± SS	$\bar{X}$	± SS	$X^2=1.53$
	3.34	±1.77	3.77	±3.75	df=2
1-2 yıl	19	38.0	16	32.0	p=0.46
3-4 yıl	15	30.0	12	24.0	
5 yıl ve ↑	16	32.0	22	44.0	
Eşlik Eden Başka Hastalık Durumu					$X^2=0.15$
Var	47	94.0	46	92.0	df=1
Yok	3**	6.0	4**	8.0	p=0.69
KY Nedeni ile Hastaneye Yatma Sayısı	$\bar{X}$	± SS	$\bar{X}$	± SS	$X^2=4.23$
	2.94	±1.55	2.84	±1.68	df=2
1-2 kez	20	40.0	27	54.0	p=0.12
3-4 kez	25	50.0	15	30.0	
5 kez ve ↑	5	10.0	8	16.0	
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu					$X^2=1.01$
Kullanan	25	50.0	30	60.0	df=1
Kullanmayan	25	50.0	20	40.0	p=0.31
Kalp Krizi Geçirme Durumu					$X^2=0.79$
Geçiren	45	90.0	42	84.0	df=1
Geçirmeyen	5	10.0	8	16.0	p=0.37
Anjiyografi Geçirme Durumu					$X^2=0.19$
Geçiren	35	70.0	37	74.0	df=1
Geçirmeyen	15	30.0	13	26.0	p=0.65

Tablo 4.2. (Devamı)

KABG*** Geçirme Durumu					$X^2=0.54$
Geçiren	9	18.0	12	24.0	df=1
Geçirmeyen	41	82.0	38	76.0	p=0.46
Klinikte Yatılan Gün Sayısı	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$	
	4.72	± 1.37	4.38	± 1.19	$X^2=4.39$
2-3 gün	9	18.0	12	24.0	df=2
4-5 gün	28	56.0	33	66.0	p=0.11
6 gün ve↑	13	26.0	5	10.0	

*NHYA New York Kalp Birliği Sınıflaması

**Fisher ki-kare değeri alınmıştır.

*** Koroner Atardamar Baypass Greftleme

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde girişim grubunun %58'inin, kontrol grubunun % 52'sinin KY sınıfının NHYA 4 olduğu tespit edildi (Tablo 4.2). Girişim grubunun % 64' ünün, kontrol grubunun % 52'sinin EF'sinin % 35'ten düşük olduğu belirlendi. Girişim grubunun ortalama 3.34 ± 1.77 yıl, kontrol grubunun ortalama 3.77 ± 3.75 yıl KY hastası olduğu saptandı. Girişim grubunun % 94' ünün, kontrol grubunun % 92'sinin KY'ye eşlik eden başka bir hastalığının bulunduğu belirlendi. Girişim grubunun ortalama 2.94 ± 1.55 kez, kontrol grubunun 2.84 ± 1.68 kez KY nedeniyle hastanede yattığı, girişim grubunun % 50'sinin kontrol grubunun % 60'ının ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı. Girişim grubunun % 90'ının, kontrol grubunun % 84' nün daha önce kalp krizi geçirdiği, girişim grubunun % 70'inin kontrol grubunun % 74'ünün daha önce koroner anjiyografi olduğu, girişim grubunun % 18'inin kontrol grubunun % 24'nün daha önce KABG geçirdiği tespit edildi. Girişim grubunun ortalama 4.72 ± 1.37 gün, kontrol grubunun 4.38 ± 1.9 gün KYBÜ'de yattığı belirlendi.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı ve grupların hastalığa

ilişkin değişkenler yönünden benzer özellikler taşıdığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Girişim grubunun MBI ve BBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

	Ölçekler	Puan Ortalaması
		$\bar{X} \pm SS$
BBÖ-A	Toplam Puan	4.48±0.41
	Klinik durum	4.40±0.45
	Kişisel yaşam durumu	4.75±0.45
	Karar verme kontrolü	4.39±0.46
BBÖ-B	Toplam Puan	3.94±0.31
	Klinik durum	4.09±0.38
	Kişisel yaşam durumu	3.61±0.33
	Karar verme kontrolü	3.98±0.32
MBI	Birinci Ölçüm	66.38±20.15
	İkinci Ölçüm	88.84±13.58

Girişim grubundaki hastaların MBI ve BBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde BBÖ-A ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının 4.48±0.41 olduğu tespit edildi (Tablo 4.3). BBÖ-A ölçeğinin “klinik durum” alt boyutundan ortalama 4.40 ±0.45, “kişisel yaşam durumu” alt boyutundan ortalama 4.75±0.45, “karar verme kontrolü” alt boyutundan ortalama 4.39±0.46 puan alındığı belirlendi. BBÖ-B ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının 3.94±0.31 olduğu saptandı. BBÖ-B ölçeğinin “klinik durum” alt boyutundan ortalama 4.09±0.38, “kişisel yaşam durumu” alt boyutundan ortalama 3.61±0.33, “karar verme kontrolü” alt boyutundan ortalama 3.98±0.32 puan alındığı belirlendi. MBI ölçeği ile yapılan birinci ölçümden ortalama 66.38 ±20.15 puan, ikinci ölçümden ortalama 88.84 ±13.58 puan alındığı tespit edildi.

Tablo 4.4. Kontrol grubunun MBI ve BBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

		Puan Ortalaması
		$\bar{X} \pm SS$
BBÖ-A	Toplam Puan	2.38±0.49
	Klinik durum	2.41±0.53
	Kişisel yaşam durumu	2.44±0.48
	Karar verme kontrolü	2.22±0.41
BBÖ-B	Toplam Puan	2.53±0.48
	Klinik durum	2.50±0.54
	Kişisel yaşam durumu	2.32±0.42
	Karar verme kontrolü	2.61±0.30
MBI	Birinci Ölçüm	62.44±20.04
	İkinci Ölçüm	78.54±16.64

Kontrol grubundaki hastaların MBI ve BBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.4) BBÖ-A ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının 2.38±0.49 olduğu saptandı. BBÖ-A ölçeğinin “klinik durum” alt boyutundan ortalama 2.41±0.53, “kişisel yaşam durumu” alt boyutundan ortalama 2.44±0.48, “karar verme kontrolü” alt boyutundan ortalama 2.22±0.41 puan alındığı belirlendi. BBÖ-B ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının 2.53±0.48 olduğu saptandı. BBÖ-B ölçeğinin “klinik durum” alt boyutundan ortalama 2.50±0.54, “kişisel yaşam durumu” alt boyutundan ortalama 2.32 ±0.42, “karar verme kontrolü” alt boyutundan ortalama 2.61±0.30 puan alındığı belirlendi. MBI ölçeği ile yapılan ilk ölçümden ortalama 62.44±20.04, ikinci ölçümden ortalama 78.54±16.64 puan alındığı tespit edildi.

Tablo 4.5. Grup içi ve gruplararası MBI birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması

GRUPLAR	ÖLÇÜMLER		Test ve p değeri
	1.Ölçüm $\bar{X} \pm SS$	2.Ölçüm $\bar{X} \pm SS$	
Girişim	66.38±20.15	88.84±13.58	t=18.67 df=49 p=0.001
Kontrol	62.44±20.04	78.54±16.64	t=12.20 df=49 p=0.001
Test ve p değeri	t=0.98 df=98 p=0.32	t=3.39 df=98 p=0.001	

Grupların MBI birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.5) girişim ve kontrol gruplarının her ikisinde de grup içinde birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.001). Girişim ve kontrol gruplarında gruplar arası MBI birinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenirken (p >0.05), ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı. (p=0.001).

Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplararası BBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÖLÇEK		GRUPLAR		Test ve p değeri	
		Girişim	Kontrol		
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
BBÖ-A	Toplam Puan	4.48±0.41	2.38±0.49	t =22.89 p=0.001	df=98
	Klinik durum	4.40±0.45	2.41±0.53	t=20.05 p=0.001	df=98
	Kişisel yaşam durumu	4.75±0.45	2.44±0.48	t=24.40 p=0.001	df=98
	Karar verme kontrolü	4.39±0.46	2.22±0.41	t=24.77 p=0.001	df=98
BBÖ-B	Toplam Puan	3.94±0.31	2.53±0.48	t=17.06 p=0.001	df=98
	Klinik durum	4.09±0.38	2.50±0.54	t=16.89 p=0.001	df=98
	Kişisel yaşam durumu	3.611'±0.33	2.32±0.42	t=16.88 p=0.001	df=98
	Karar verme kontrolü	3.98±0.32	2.61±0.30	t=21.52 p=0.001	df=98

Grupların BBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.6), girişim ve kontrol grubunun BBÖ-A ve BBÖ-B ölçeklerinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0.001$).

Tablo 4.7. Girişim grubundaki hastaların kliniğe kabulde ve taburculuktaki hemşirelik tanılarının dağılımı

GYA	Hemşirelik Tanıları	Kabul				Taburculuk				P
		Var		Yok		Var		Yok		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1-Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi	Düşme riski	50	100.0	-	-	20	40.0	30	60.0	0.00
	Enfeksiyon riski	50	100.0	-	-	19	38.0	31	62.0	0.00
	Zehirlenme riski	9	18.0	41	82.0	2	4.0	48	96.0	0.16
	Kanama riski	8	16.0	42	84.0	6	12.0	44	88.0	0.50
	Bilgi eksikliği	50	100.0	-	-	21	42.0	29	58.0	0.00
	Akut ağrı	45	90.0	5	10.0	3	6.0	47	94.0	0.00
	Anksiyete	47	94.0	3	6.0	3	6.0	47	94.0	0.00
	Tanımlanan rejime uymada güçlük	45	90.0	5	10.0	5	10.0	45	90.0	0.00
2-İletişim Aktivitesi	Aile içi süreçlerde bozulma	50	100.0	-	-	12	24.0	38	76.0	0.00
3-Solunum Aktivitesi	Kardiyak output'ta azalma	50	100.0	-	-	7	14.0	43	86.0	0.00
	Gaz alış-verişinde bozulma	48	96.0	2	4.0	1	2.0	49	98.0	0.00
	Aktivite intoleransı	50	100.0	-	-	9	18.0	41	82.0	0.00
	Hava yolunu temizlemede etkisizlik	20	40.0	30	60.0	2	4.0	48	96.0	0.00
4-Yeme İçme Aktivitesi	Vücut gereksiniminden az beslenme	35	70.0	15	30.0	17	34.0	33	66.0	0.00
	Kendi kendine beslenmede eksiklik	21	42.0	29	58.0	3	6.0	47	94.0	0.00
5-Boşaltım Aktivitesi	Sıvı-volüm fazlalığı	50	100.0	-	-	3	6.0	47	94.0	0.00
	Elektrolit dengesizliği riski	50	100.0	-	-	21	42.0	29	58.0	0.00
	Konstipasyon	35	70.0	15	30.0	4	8.0	46	92.0	0.00
6-Kişisel Giyinme ve Temizlik Aktivitesi	Deri bütünlüğünde bozulma riski	47	94.0	3	6.0	3	6.0	47	94.0	0.00
	Oral mukoz membranlarda bozulma riski	48	96.0	2	4.0	20	40.0	30	60.0	0.00
7-Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi	Vücut sıcaklığında dengesizlik riski	45	90.0	5	10.0	22	44.0	28	56.0	0.00

Tablo 4.7. (Devamı)

8-Hareket Aktivitesi	Yorgunluk	50	100.0	-	-	14	28.0	36	72.0	0.00
	Kendi kendine giyinmede eksiklik	28	56.0	22	44.0	8	16.0	42	84.0	0.00
	Kendi kendine yıkanmada eksiklik	47	94.0	3	6.0	24	54.0	23	46.0	0.00
	Kendi kendine tuvaleti kullanmada eksiklik	44	88.0	6	12.0	16	32.0	34	68.0	0.00
9-Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi	Eğlence aktivitesinde eksiklik	50	100.0	-	-	35	70.0	15	30.0	0.00
10-Cinsellik Aktivitesi	Beden imgesinde rahatsızlık riski	39	78.0	11	22.0	21	42.0	29	58.0	0.00
11-Uyku Aktivitesi	Uyku örüntüsünde bozulma	50	100.0	-	-	7	14.0	43	86.0	0.00
12-Ölüm Aktivitesi	Dinsel emir ve yasaklara uymada sıkıntı riski	46	92	4	8.0	13	26.0	37	74.0	0.00

Girişim grubundaki hastaların kliniğe kabulde ve taburculuktaki hemşirelik tanımlarının dağılımı incelendiğinde; güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi kapsamında “düşme riski” tanısı” kabulde grubun tamamında % 100 (n=50), taburculukta % 40’ında (n=20) tespit edildi. “Enfeksiyon riski” tanısı kabulde grubun tamamında, çıkışta grubun %38’inde (n=19) belirlendi. “Zehirlenme riski” tanısı kabulde grubun % 18’inde (n=9) , taburculukta % 4’ünde (n=2) görüldü. “Kanama riski” tanısı kabulde grubun % 16’sında (n=8), taburculukta %12’sinde (n=6) belirlendi. “Bilgi eksikliği” tanısı kabulde grubun tamamında, taburculukta % 42’sinde (n=21) saptandı. ”Akut ağrı” tanısı kabulde grubun % 90’nında (n=45), taburculukta % 6’sında (n=3) belirlendi. “Anksiyete” tanısı kabulde grubun % 94’ünde (n=47) taburculukta % 6’sında (n=3) ve “tanımlanan rejime uymada güçlük” tanısı kabulde grubun % 90’nında (n=45) taburculukta % 10’nunda (n=5) tespit edildi.

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi kapsamında belirlenen “kanama ve zehirlenme riski” tanımlarında kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma görülmezken ($p>0.05$), diğer tanımlarda anlamlı bir azalma olduğu ($p<0.05$)

belirlendi.

İletişim aktivitesi altında kabulde grubun tamamında (n=50), taburculukta % 24'ünde (n=12) belirlenen “aile içi süreçlerde bozulma” tanısının, kabul ve taburculukta görülme durumu açısından anlamlı bir azalma gösterdiği ($p<0.05$) tespit edildi.

Solunum aktivitesinde “kardiyak output'ta azalma” tanısı kabulde grubun tamamında taburculukta % 14'ünde (n=7) belirlendi. “Gaz alışverişinde bozulma” tanısı kabulde grubun % 96'sında (n=48), taburculukta % 2'sinde (n=1) saptandı. “Aktivite intoleransı tanısı” kabulde grubun tamamında taburculukta %18'inde (n=9) görüldü. “Hava yolunu temizlemede etkisizlik” tanısı kabulde grubun %40'ında (n=20) taburculukta % 4'ünde (n=2) belirlendi. “Aktivite intoleransı” tanısı kabulde grubun tamamında, taburculukta % 18'inde (n= 9) görüldü. Bu aktivite içinde belirlenen tüm tanılarda kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma olduğu ($p<0.05$) saptandı.

Yeme içme aktivitesinde “vücut gereksiniminden az beslenme” tanısı kabulde grubun % 70'inde (n=35), taburculukta % 34'ünde (n=17) belirlendi. “Kendi kendine beslenmede eksiklik” tanısı kabulde grubun % 42'sinde (n= 21), taburculukta % 6'sında (n=3) tespit edildi. Her iki tanının da kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma ($p<0.05$) gösterdiği belirlendi.

Boşaltım aktivitesinde belirlenen “sıvı-volüm fazlalığı” tanısı kabulde grubun tamamında, taburculukta % 6'sında (n=3) görüldü. “Elektrolit dengesizliği riski” tanısı kabulde grubun tamamında, taburculukta % 42'sinde (n=21) belirlendi. “Konstipasyon” tanısı yatışta grubun %70'inde (n=35), taburculukta % 8'inde (n=4) tespit edildi. Bütün tanılarda kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma olduğu ($p<0.05$) saptandı.

Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesinde “deri bütünlüğünde bozulma riski” tanısı kabulde grubun % 94'ünde (n= 47), taburculukta % 6'sında (n=3) görüldü. “Oral mukoz membranlarda bozulma riski” tanısı kabulde grubun % 96'sında (n=48),

taburculukta % 40'ında (n=20) belirlendi. Her iki tanıda da kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma olduğu ($p<0.05$) tespit edildi.

Beden ısısının kontrolü aktivitesinde kabulde grubun % 90'ında (n=45), taburculukta % 44'ünde (n=22) belirlenen "vücut sıcaklığında dengesizlik riski" tanısında kabul ve taburculuk arasında anlamlı düşüş olduğu ($p<0.05$) belirlendi.

Hareket aktivitesi kapsamında "yorgunluk" tanısı kabulde grubun tamamında, taburculukta % 28'inde (n=14) belirlendi. "Kendi kendine giyinmede eksiklik" tanısı kabulde grubun %56'sında (n=28), taburculukta % 16'sında (n=8) görüldü. "Kendi kendine yıkanmada eksiklik" tanısı kabulde grubun % 94'ünde (n=47), taburculukta % 48'inde (n=24) saptandı. "Kendi kendine tuvaleti kullanmada eksiklik" tanısı kabulde grubun % 88'inde (n=44), taburculukta % 32'sinde (n=16) tespit edildi. Bu aktiviteye ilişkin belirlenen tüm tanılarda kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma olduğu ($p<0.05$) saptandı.

Çalışma ve eğlenme aktivitesinde kabulde grubun tamamında, taburculukta %70'inde (n=35) belirlenen "eğlence aktivitesinde eksiklik" tanısının kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma gösterdiği ($p<0.05$) tespit edildi.

Uyku aktivitesinde kabulde grubun tamamında, taburculukta % 14'ünde (n=7) belirlenen "uyku örüntüsünde rahatsızlık" tanısının kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma gösterdiği ($p<0.05$) belirlendi.

Cinselliği ifade etme aktivitesinde kabulde grubun %78'inde (n=39), taburculukta % 42'sinde (n=21) belirlenen "beden imgesinde rahatsızlık" tanısının kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma gösterdiği ($p<0.05$) tespit edildi.

Ölüm aktivitesinde kabulde grubun % 92'inde (n=46), taburculukta % 26'sında (n=13) belirlenen "dinsel emir ve yasaklara uymada sıkıntı/riski" tanısının kabul ve taburculuk arasında anlamlı bir azalma gösterdiği ($p<0.05$) saptandı.

Tablo 4.8. Girişim grubundaki hastalara verilen bakım kapsamındaki hemşirelik girişimlerinin dağılımı

GYA	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri	n	%
1-Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi	Düşme riski	Çevre yönetimi Düşmeyi önleme Gözetim	50	100.0
	Enfeksiyon riski	Enfeksiyonun önlenmesi Enfeksiyondan koruma	50	100.0
	Zehirlenme riski	Reçetelenen ilaç öğretimi Risk tanıma öğretimi Sağlık eğitimi	9	18.0
	Kanama riski	Reçetelenen ilaç öğretimi Risk tanıma öğretimi Sağlık eğitimi	8	16.0
	Bilgi eksikliği	Hastalık süreci öğretimi İşlem ve tedavi öğretimi Reçetelenen diyet-egzersiz-ilac öğretimi Yardımcı araç kullanımı öğretimi	50	100.0
	Akut ağrı	Ağrı yönetimi İlaç tedavisinin yönetimi İlaç Uygulama Emosyonel destek	45	90.0
	Anksiyete	Anksiyete yönetimi	47	94.0
	Tanımlanan rejime uymada güçlük	Sağlık eğitimi Baş etmenin güçlendirilmesi Hastalık süreci öğretimi	45	90.0
2-İletişim Aktivitesi	Aile içi süreçlerde bozulma	Ailenin bakıma katılımının geliştirilmesi Ailenin desteklenmesi Aile bütünlüğünün geliştirilmesi	50	100.0
3-Solunum Aktivitesi	Kardiyak output'ta azalma	Kardiyak bakım Kardiyak risk yönetimi İlaç tedavisinin yönetimi İlaç uygulama	50	100.0
	Gaz alış-verişinde bozulma riski	Hava yolu yönetimi Oksijen tedavisi İlaç yönetimi ve uygulaması	48	96.0
	Aktivite intoleransı	Enerji yönetimi Egzersiz geliştirme Uykunun güçlendirilmesi Ortak amaç belirleme	50	100.0
	Hava yolunu temizlemede etkisizlik	Öksürmenin güçlendirilmesi/ Solunum egzersizi Hava yolunun temizlenmesi Pozisyon verme	20	40.0
	Vücut gereksiniminden az beslenme	Beslenme yönetimi Diyetin yeterliliğinin izlenmesi Beslenme danışmanlığı	35	70.0
4-Yeme İçme Aktivitesi	Kendi kendine beslenmede eksiklik	Beslenmede öz bakıma yardımcı olma	21	42.0

Tablo 4.8. (Devamı)

GYA	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri	n	%
5-Boşaltım Aktivitesi	Sıvı-volüm fazlalığı	Sıvı/ elektrolit yönetimi Sıvı izlemi Deri gözetimi	50	100.0
	Elektrolit dengesizliği riski	Elektrolit yönetimi Elektrolit izlemi Kardiyak risk yönetimi	50	100.0
	Konstipasyon	Barsak yönetimi Konstipasyon yönetimi	35	70.0
6-Kişisel Giyinme ve Temizlik Aktivitesi	Deri bütünlüğünde bozulma riski	Bası Yönetimi Beslenme Yönetimi Deri gözetimi Pozisyon verme	47	94.0
	Oral mukoz membranlarda bozulma riski	Ağız sağlığının sürdürülmesi	48	96.0
7-Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi	Vücut sıcaklığında dengesizlik riski	Vücut sıcaklığı regülasyonu Çevre yönetimi Vital bulguları izleme	45	90.0
8-Hareket Aktivitesi	Yorgunluk	Enerji yönetimi Ortak amaç belirleme	50	100.0
	Kendi kendine giyinmede eksiklik	Giyinmede öz-bakıma yardım Kendine özende öz-bakıma yardım	28	56.0
	Kendi kendine yıkanmada eksiklik	Banyoda öz-bakıma yardım Hijyende öz bakıma yardım	47	94.0
	Kendi kendine tuvaleti kullanmada eksiklik	Transfere yardım Tuvalette öz-bakıma yardım	44	88.0
9-Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi	Eğlence aktivitesinde eksiklik	Rekreasyon tedavisi Sosyalizasyonu güçlendirme	50	100.0
10-Cinsellik Aktivitesi	Beden imgesinde rahatsızlık riski	Beden imgesinin güçlendirilmesi Aktif dinleme Baş etmeyi güçlendirme	39	78.0
11-Uyku Aktivitesi	Uyku örüntüsünde bozulma	Uykunun güçlendirilmesi Enerji yönetimi Çevre yönetimi	50	100.0
12-Ölüm Aktivitesi	Dinsel emir ve yasaklara uymada sıkıntı riski	Sprituél destek	46	92

Girişim grubundaki hastalara RLTHM eşliğinde verilen bakım kapsamında kullanılan hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik girişimlerinin dağılımı incelendiğinde; düşme riski tanısına yönelik “çevre yönetimi, düşmeyi önleme ve

gözetim” girişimlerinin, enfeksiyon riski tanısına yönelik “enfeksiyonun önlenmesi, enfeksiyondan korunma” girişimlerinin, bilgi eksikliği tanısına yönelik “hastalık süreci öğretimi, tedavi öğretimi, reçetelenen diyet-egzersiz-ilaç öğretimi, yardımcı araç kullanımı öğretimi” girişimlerinin hastaların tamamına (n=50) uygulandığı belirlendi.

Zehirlenme ve kanama riski tanılarına yönelik “reçetelenen ilaç öğretimi, risk tanıma öğretimi ve sağlık eğitimi” girişimlerinin sırasıyla hastaların %18’ine (n=9), % 16’sına (n=8) uygulandığı görüldü. Akut ağrı tanısına yönelik “ağrı yönetimi, ilaç tedavisinin yönetimi, ilaç uygulama ve emosyonel destek” girişimlerinin, tanımlanan rejime uymada güçlük tanısına yönelik “sağlık eğitimi, baş etmenin güçlendirilmesi ve hastalık süreci öğretimi” girişimlerinin hastaların % 90’nına (n=45), anksiyete tanısına yönelik “anksiyete yönetimi” girişiminin hastaların % 94’üne (n=47) uygulandığı tespit edildi.

Aile içi süreçlerde bozulma tanısına yönelik “ailenin bakıma katılımının geliştirilmesi, ailenin desteklenmesi ve aile bütünlüğünün geliştirilmesi” girişimlerinin, kardiyak output’ta azalma tanısına yönelik “kardiyak bakım, kardiyak risk yönetimi, ilaç tedavisinin yönetimi, ilaç uygulama” girişimlerinin, aktivite intoleransı tanısına yönelik “enerji yönetimi, egzersiz geliştirme, uykunun güçlendirilmesi, ortak amaç belirleme” girişimlerinin hastaların tamamına (n=50) uygulandığı saptandı. Gaz alışverişinde bozulma riski tanısına yönelik “hava yolu yönetimi, oksijen tedavisi, ilaç tedavisi yönetimi ve uygulanması” girişimlerinin hastaların % 96’sına (n=48) uygulandığı, hava yolunu temizlemede etkisizlik tanısına yönelik “öksürmenin güçlendirilmesi, hava yolunun temizlenmesi ve pozisyon verme” girişimlerinin hastaların % 40’ına (n=20) uygulandığı belirlendi.

Vücut gereksiniminden az beslenme tanısına yönelik “beslenme yönetimi, diyetin yeterliliğinin izlenmesi ve beslenme danışmanlığı” girişimlerinin hastaların

%70'ine (n=35), kendi kendine beslenmede eksiklik tanısına yönelik "beslenmede öz-bakıma yardımcı olma" girişiminin hastaların % 42'sine (n=21) uygulandığı tespit edildi.

Sıvı volüm fazlalığı ve elektrolit dengesizliği riski tanılarına yönelik "sıvı/elektrolit yönetimi, sıvı/elektrolit takibi, deri gözetimi ve kardiyak risk yönetimi" girişimlerinin hastaların tamamına (n=50), konstipasyon tanısına yönelik "barsak yönetimi ve konstipasyon yönetimi" girişimlerinin hastaların %70'ine (n=35) uygulandığı belirlendi.

Deri bütünlüğünde bozulma riski tanısına yönelik "deri gözetimi, bası yönetimi, beslenme yönetimi ve pozisyon verme" girişimlerinin hastaların % 94'ünde (n=47), oral mukoz membranlarda bozulma riski tanısına yönelik "ağız sağlığının sürdürülmesi" girişiminin hastaların % 96'sında (n=48) uygulandığı tespit edildi. Vücut sıcaklığında dengesizlik riski tanısına yönelik "vücut sıcaklığı regülasyonu, çevre yönetimi ve vital bulguları izleme" girişimlerinin hastaların % 90'nında (n=45) uygulandığı saptandı.

Yorgunluk tanısına yönelik "enerji yönetimi, ortak amaç belirleme" girişimlerinin hastaların tamamında (n=50), kendi kendine giyinmede eksiklik tanısına yönelik "giyinmede öz-bakıma yardım, kendine özende öz-bakıma yardım" girişimlerinin hastaların %56'sında (n=28), kendi kendine yıkanmada eksiklik tanısına yönelik "banyoda öz-bakıma yardım, hijyende öz-bakıma yardım" girişimlerinin hastaların % 94'ünde, kendi kendine tuvaleti kullanmada eksiklik tanısına yönelik "transfere yardım, tuvalette öz-bakıma yardım" girişimlerinin hastaların % 88'inde (n=44) uygulandığı belirlendi.

Eğlence aktivitesinde eksiklik tanısına yönelik rekreasyon tedavisi, sosyalizasyonu güçlendirme girişimlerinin hastaların tamamında (n=50), beden imgesinde rahatsızlık riski tanısına yönelik beden imgesinin güçlendirilmesi, aktif

dinleme ve baş etmeyi güçlendirme girişimlerinin hastaların % 78'inde (n=39), uyku örüntüsünde bozulma tanısına yönelik uykunun güçlendirilmesi, enerji yönetimi ve çevre yönetimi girişimlerinin hastaların tamamında (n=50), dinsel emir ve yasaklara uymada sıkıntı riski tanısına yönelik “spritüel destek” girişiminin hastaların % 92'sinde (n=46) uygulandığı tespit edildi.



5. TARTIŞMA

KY hastalarına verilen hemşirelik bakımında RLTHM'nin kullanımının hastaların bağımsızlık düzeyleri ve bireyselleştirilmiş bakım algılarına etkisini belirlemek amacı ile yapılan araştırmanın sonuçları literatür ışığında tartışıldı.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler incelendiğinde (Tablo 4.1) aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı. Çalışmada yer alan hastaların % 75'inin 70 yaş ve üzerinde olduğu, % 47.0' sinin kadın olduğu belirlendi. Hastaların tamamının ya ilköğretim mezunu (% 31) ya da okuryazar (% 69) olduğu, % 50'sinin evli, % 7'sinin yalnız yaşadığı, % 45'inin ev hanımı ve % 29'unun çiftçi olduğu tespit edildi. Literatürde KY hastaları ile yapılan farklı çalışmalarda hastaların yaş ortalamasının 70 ve üzerinde olduğu^{10, 33, 71, 75, 94} ve cinsiyetin eşit dağılım gösterdiği,^{9, 28, 39, 110, 111} belirlenmiştir. Ülkemizde KY hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların eğitim düzeylerinin düşük seviyede olduğu^{3, 11, 25, 32, 38} görülmekte olup bu durumun hastaların çoğunluğunun 70 yaş ve üzerinde olmasından ve ülkemizin sosyo kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde yer alan çalışmaların bir kısmında hastaların çoğunlukla evli olduğu ve yalnız yaşamadığı^{3, 11, 25, 32, 33, 38, 110} bir kısmında ise çoğunlukla yalnız yaşadığı^{10, 75, 90, 111} ve herhangi bir işte çalışmadığı belirtilmiştir.^{3, 25, 33} Çalışmada yer alan hastaların hem ileri seviyede KY hastası olması hem de yaşlılık döneminde bulunmaları aktif çalışma hayatının içinde olmamalarının nedeni olarak düşünülmektedir. Ayrıca hastaların % 93'nün yalnız yaşamıyor olması ülkemizin sosyo kültürel yapısıyla ilişkilendirilebilir.

Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.2) aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı. Çalışmada yer alan hastaların % 45' inin NHYA'ya göre KY sınıfının 3, % 55'inin 4 olduğu ve % 58'inin EF'sinin % 35'in altında olduğu belirlendi. KY semptomlarının şiddeti NHYA'ya göre 3. ve 4. seviyedeki KY hastalarında

artmaktadır ve ileri yaş grubu hastalarda da çoğunlukla 3. ve 4. seviye KY görülmektedir.^{1, 4, 59} Bu araştırmada yer alan hastaların KY sınıflarının 3. ve 4. seviyede olması, hastaların % 75'nin 70 yaş ve üzerinde olmaları ile paralellik göstermekte olup literatürle uyumludur.

Araştırmada yer alan hastaların % 93'nün KY' ye eşlik eden başka hastalıklarının olduğu, hastaların % 87'sinin daha önce MI geçirdiği ve % 21'inin de KABG operasyonu geçirdiği tespit edildi. Hastaların ortalama 3 yıldan beri KY hastası olduğu ve en az 2 kez KY nedeniyle hastanede yatarak tedavi gördüğü ve araştırma sürecinde hastaların ortalama 4 gün KYBÜ'de yatarak tedavi gördüğü belirlendi. Literatürde yer alan çalışmalarda da hastaların çoğunluğunun KY'ye eşlik eden başka hastalıklarının varolduğu,^{8, 38, 70} genellikle 3 yıl ve üzerinde KY hastası olduğu,^{25, 33, 60, 112, 113} KY nedeniyle en az iki kez hastanede yattığı^{3, 17} ve hastaların hastanede ortalama 5 gün yatarak tedavi gördüğü⁹⁹ tespit edilmiştir. Çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. KY'ne eşlik eden farklı hastalıkların olması hastalığın gidişatını olumsuz etkilemektedir, ayrıca MI geçirmiş olmak KY için hem hazırlayıcı hem de KY semptomlarını ağırlaştıran bir faktördür.^{1, 4, 79} KY hastalarının hastaneye tekrarlı yatışlarının en belirgin nedenlerinin kronik ve ilerleyici bir hastalık olmasının yanı sıra, hastalık ve tedavi hakkında bilgi eksikliği, öz bakım eksikliği ve semptomları tanıyamamak olduğuna^{4, 35, 56, 67, 114} işaret edilmektedir.

Yukarıda bahsedildiği gibi bu çalışmada yer alan girişim ve kontrol grubundaki hastaların hem tanıtıcı (Tablo 4.1) hem de hastalığa ilişkin özellikleri (Tablo 4.2) literatürle uyumludur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Grupların homojen dağılması ve hasta özelliklerinin literatürle uyumlu olmasının çalışmanın güvenilirliğini destekleyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların KYBÜ'ne kabulündeki GYA'deki bağımsızlık

düzeylerini tespit etmek için MBI ile yapılan ilk ölçüm puan ortalamalarına göre (Tablo 4.3) her iki grubun da orta düzeyde bağımlı olduğu belirlendi. Hastaların KYBÜ'ne kabulündeki MBI ilk ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.5) gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$), hastaların üniteye kabul edildikleri ilk gün bağımsızlık seviyesi açısından benzer oldukları tespit edildi. Hastaların KYBÜ'de yattıkları süre boyunca aldıkları bakıma göre bağımsızlık düzeylerindeki değişimi tespit etmek için üniteden taburcu edildikleri gün MBI ile yapılan ikinci ölçüm sonuçlarına göre grupların kendi içlerinde yapılan karşılaştırmada bağımsızlık düzeylerinde anlamlı artış olduğu ($p=0.001$) belirlendi. Ancak gruplar arası yapılan karşılaştırmada herhangi bir model kullanılmadan bakım alan kontrol grubu hastalarının MBI ikinci ölçüm puan ortalaması 78.54 ± 16.64 iken, RLTHM'ne göre bakım alan girişim grubundaki hastaların MBI ikinci ölçüm puan ortalamasının 88.84 ± 13.58 olduğu ve aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p=0.001$) belirlendi.

KY hastalarının bağımsızlık düzeylerine ilişkin literatür incelendiğinde Norberg ve ark.'nın ¹⁰ çalışmasında da KY hastalarının % 75'inin GYA'de bağımlı olduğu ve bir başkasının yardımına ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir. Demir ⁵⁶ KY hastalarının yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri düzeyine ilişkin çalışmasında hastaların GYA'deki bağımlılık düzeylerinin yaş ve KY sınıfı ile orantılı olarak arttığını, GYA'de bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığını tespit etmiştir. Özer'in ¹¹⁵ KY'de sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisine yönelik çalışmasında hastaların GYA'inde zorlandıkları belirlenmiştir. Karaca ve Mert'in ³ çalışmasında da GYA'inde bağımsızlık düzeyi düşük olan hastaların hastaneye tekrarlı yatış sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmaların ve bu araştırma bulgularının benzer olduğu görülmektedir. KY hastalarının sıklıkla deneyimlediği dispne, yorgunluk ve göğüs ağrısının GYA'deki bağımsızlık düzeylerini negatif yönde etkilediği ^{1, 9, 22}

belirlenmektedir. Bu araştırma kapsamındaki KY hastalarının bağımsızlık düzeylerini, hastalığın semptomlarının getirmiş olduğu sınırlamaların yanı sıra hastaların %75'inin 70 yaş ve üzerinde olmasının da etkilediği düşünülmektedir. Literatürde RLTHM'nin KY hastalarının bakımında kullanımına rastlanılmamıştır ancak farklı hasta gruplarında modelin kullanımına yönelik çalışmalar mevcuttur. Kara'nın ⁴⁶ çalışmasında RLTHM eşliğinde KOAH hastalarına verilen hemşirelik bakımının hasta bakım sonuçlarını pozitif yönde etkilediği ve hastaların öz-etkililik düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Demir ve Erdil'in ⁴⁸ çalışmasında da kalça protezi ameliyatı olan hastalara RLTHM'ne göre verilen eğitim, danışmanlık ve ev izlemlerinin hastaların GYA'ne ilişkin bilgi düzeylerinde artış sağladığı, GYA' de bağımsızlıklarını arttığı ve daha az sorun yaşamalarını sağladığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Yukardaki sonuçlara göre, araştırmanın “KY hastalarına RLTHM'ne göre verilen hemşirelik bakımı hastaların bağımsızlık düzeyini olumlu yönde etkiler” hipotezi doğrulanmaktadır. Bu bağlamda model eşliğinde verilen hemşirelik bakımının, hasta bakım sonuçlarını model kullanılmadan verilen bakıma göre daha pozitif etkileyeceği ve hemşirelik bakımını daha görünür hale getireceği söylenebilir.

Araştırmada KY hastalarının aldıkları hemşirelik bakımına yönelik bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin değerlendirmelerini tespit etmek için, üniteden taburcu edildikleri gün BBÖ ile yapılan ölçüm sonuçlarına göre; RLTHM eşliğinde verilen hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının, kontrol grubundaki hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu (Tablo 4.6) tespit edildi. Literatürde hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarına yönelik çalışmalar yer almaktadır. Suhonen ve ark.'nın ⁸⁸ cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakım, yaşam kalitesi ve hemşirelik

bakımından memnuniyetine yönelik yaptıkları çalışmada, bireyselleştirilmiş bakımın hasta memnuniyetini olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Acaroğlu ve ark.'nın¹⁰⁹ beyin cerrahi servisi hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların bakımı bireyselleştirildikçe hemşirelik bakımından memnun olma düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Suhonen ve ark.'nın¹¹⁷ ortopedi ve travma hastaları ile yaptıkları çalışmada da hemşirelik bakımının hastaların bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin değerlendirmelerini etkilediği tespit edilmiştir. Yine Suhonen ve ark.'nın¹¹⁸ yaptıkları farklı bir çalışmada bireyselleştirilmiş bakım ve hasta memnuniyeti arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Gürdoğan ve ark.'nın¹¹⁹ ülkemizde dahili ve cerrahi kliniklerde yaptıkları çalışmada hemşirelik bakımından memnun olma düzeyi ve bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yurt dışında yapılan farklı bir çalışmada da bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını destekleyen primer hemşirelik modelinin kullanıldığı hastanelerde hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının, çok sayıda hemşire ile verilen ekip ve modüler hemşirelik bakımı kullanan hastanelerdeki hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸⁷

Araştırma bulguları ve literatürün uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmanın “KY hastalarına RLTHM’ne göre yapılandırılarak verilen hemşirelik bakımı hastaların bakım algılarını olumlu yönde etkiler” hipotezi doğrulanmaktadır. Etkili hemşirelik bakımının sağlanması için hemşirelerin hastaların bireyselliğini dikkate alması ve bakımı bu doğrultuda vermesi gerektiği vurgulanmaktadır.^{87, 88, 109, 116} KY’ de ortaya çıkan semptomlar genel olarak ifade edilse de her bir bireyin deneyimleri farklı olabilir ve bu durum bireylerin GYA’ni yerine getirebilme durumlarını farklı düzeylerde etkileyebilir.¹² Çünkü her bir bireyin GYA’lerine ilişkin alışkanlıkları, tercihleri, inançları, bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları farklı olabilir.^{40, 44, 78} Bu nedenle her bir hastanın bakımı o hastaya özgü olmalıdır.²² Bu bilgiler doğrultusunda çalışmada

kullanılan RLTHM'nin, KY hastalarının GYA'ne ilişkin bireyselliklerini dikkate almada ve desteklemede etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada girişim grubundaki hastalara (50 kişi) KYBÜ'de yattıkları ortalama 4.72 ± 1.37 gün boyunca RLTHM eşliğinde verilen hemşirelik bakımı kapsamında 12 GYA' ne yönelik toplamda 30 farklı hemşirelik tanısı belirlendi. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesinde “düşme riski, enfeksiyon riski, bilgi eksikliği” tanıları, iletişim aktivitesinde “aile içi süreçlerde bozulma” tanısı, solunum aktivitesinde “kardiyak output'da azalma ve aktivite intoleransı” tanıları, boşaltım aktivitesinde “sıvı volüm fazlalığı ve elektrolit dengesizliği riski” tanıları, hareket aktivitesinde “yorgunluk” tanısı, çalışma ve eğlenme aktivitesinde “eğlence aktivitesinde eksiklik” tanısı, uyku aktivitesinde “uyku örüntüsünde bozulma” tanısı girişim grubundaki bütün hastalarda KYBÜ'ne kabulde tespit edildi (Tablo 4.7).

Belirlenen hemşirelik tanılara yönelik 77 farklı hemşirelik girişiminin uygulandığı saptandı (Tablo 4.8). Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi kapsamında “çevre yönetimi, düşmeyi önleme, gözetim, enfeksiyonun önlenmesi ve enfeksiyondan korunma, hastalık süreci-diyet-egzersiz-ilaç-yardımcı araç kullanımı ve risk tanıma öğretimi, ağrı ve anksiyete yönetimi, emosyonel destek” girişimlerinin hastaların çoğunluğunda uygulandığı görüldü. İletişim aktivitesi içinde “ailenin bakıma katılımının geliştirilmesi, ailenin desteklenmesi ve aile bütünlüğünün geliştirilmesi” girişimlerinin hastaların tamamında uygulandığı tespit edildi. Solunum aktivitesi altında “kardiyak bakım ve kardiyak risk yönetimi, ilaç tedavisinin yönetimi ve uygulanması, enerji yönetimi, egzersiz geliştirme, uykunun güçlendirilmesi, ortak amaç belirleme” girişimlerinin hastaların % 95'inden fazlasına uygulandığı saptandı. Yeme-içme aktivitesi kapsamında “beslenme yönetimi ve danışmanlığı, diyetin yeterliliğinin izlenmesi ve beslenmede öz-bakıma yardımcı olma” girişimlerinin

hastaların % 20-70'inde uygulandığı görüldü. Boşaltım aktivitesinde ise “sıvı-elektrolit yönetimi ve izlemi, kardiyak risk yönetimi” girişimlerinin hastaların tamamında, “barsak ve konstipasyon yönetimi” girişimlerinin hastaların % 70'inde uygulandığı belirlendi. Kişisel giyinme ve temizlik aktivitesi altında “bası ve beslenme yönetimi, pozisyon verme, deri gözetimi” girişimlerinin hastaların % 90'nında uygulandığı saptandı. Beden ısısının kontrolü aktivitesi kapsamında “vücut sıcaklığı regülasyonu, çevre yönetimi ve vital bulgu takibi” girişimlerinin, hareket aktivitesi içinde de “enerji yönetimi ve öz-bakım ve transfere yardım” girişimlerinin hastaların % 56'sı ve fazlasında uygulandığı belirlendi. Çalışma ve eğlenme aktivitesi içeriğinde “rekreasyon tedavisi ve sosyalizasyonu güçlendirme” girişimlerinin bütün hastalara, cinsellik aktivitesi kapsamında “beden imgesinin güçlendirilmesi, aktif dinleme ve baş etmeyi güçlendirme” girişimlerinin hastaların % 78'inde uygulandığı saptandı. Uyku aktivitesi kapsamında enerji yönetimi, çevre yönetimi ve uykunun güçlendirilmesi girişimlerinin hastaların tamamında, ölüm aktivitesi altında ise spiritüel destek girişiminin hastaların % 98'inde uygulandığı belirlendi. Belirlenen bütün tanılara yönelik verilen hemşirelik bakımı sonucunda, girişim grubundaki hastaların üniteye kabulünde ve taburculuğunda kullanılan hemşirelik tanılarının görülme durumuna bakıldığında (Tablo 4.7) zehirlenme ve kanama riski tanıları dışındaki diğer 28 hemşirelik tanısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma ($p<0.05$) tespit edildi.

Literatürde KY hastalarının bakımında kullanılan hemşirelik tanı ve girişimlerine yönelik çalışma sonuçları şu şekildedir; Scherb ve arkadaşlarının⁹⁹ hastanede yatan KY hastalarına verilen bakıma yönelik çalışmasında sıklıkla kullanılan hemşirelik tanılarının aktivite intoleransı, kardiyak output' ta azalma, bilgi eksikliği ve düşme riski olduğu, sıklıkla kullanılan hemşirelik girişimlerinin de “kardiyak bakım, ağrı yönetimi, sıvı-elektrolit yönetimi, solunum takibi, deri gözetimi, öğretim, düşme ve enfeksiyonun

önlenmesi” olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Park’ın ⁹⁸ yaptığı çalışmada da sıklıkla “kardiyak output’ta azalma, aktivite intoleransı, akut ağrı, hava yolunu temizlemede etkisizlik, bilgi eksikliği, sıvı volüm fazlalığı, vücut gereksinimlerinden daha az beslenme, enfeksiyon ve yaralanma riski” hemşirelik tanılarının kullanıldığı tespit edilmiş olup, sıklıkla kullanılan hemşirelik girişimlerinin de “emosyonel destek, hastalık ve tedavi süreci öğretimi, sıvı-elektrolit yönetimi ve izlemi, beslenme yönetimi, solunum izlemi, kardiyak bakım, enfeksiyon kontrolü ve enfeksiyondan koruma ve düşmenin önlenmesi” olduğu belirlenmiştir.

Literatürde RLTHM’nin kullanımına ilişkin çalışmalarda modelin hasta gereksinimlerini tanılamada ve karar vermede hasta ve hemşireler için kolaylık sağladığı ve hasta sonuçlarını pozitif yönde etkilediği bildirilmektedir. ^{45, 47, 50-54} Elsherif ve Noble ⁴⁷ KOAH’lı hastaların bakımında RLTHM’nin kullanımının bireysel gereksinimlerin anlaşılmasında, terapötik bir ortam oluşturulmasında ve atak gelişmesinin önlenmesinde kullanılabileceğini bildirmiştir. Kara’nın ⁴⁶ çalışmasında da RLTHM eşliğinde KOAH hastalarına verilen hemşirelik bakımı sonucunda, hastalarda bakım öncesinde belirlenen tanılarda önemli düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yaşlı hastaların hemşirelik bakımında ⁵³ ve kronik ağrı ile baş etmenin artırılmasında ⁵⁴ tanılama, karar verme ve değerlendirmede modelin kullanımının yarar sağlayabileceği bildirilmiştir.

Literatürde yer alan çalışmalar ile bu araştırmanın sonuçlarının uyumlu olduğu görülmektedir. Bakım sürecinde belirlenen hemşirelik tanılarının çok sayıda olmasının KY’nin bireylerin yaşamını her yönüyle etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca RLTHM’nin hastayı her yönüyle değerlendiriyor olması hastaların problemlerini tanılamada ve tanılara yönelik girişimleri seçmede kolaylık sağlamıştır. Çalışma kapsamında belirlenen 30 hemşirelik tanısından sadece ikisinde

(zehirlenme riski ve kanama riski) anlamlı bir düşüş olmaması hastaların tedavi planında digoksin tablet ve warfarin tablet kullanımının devam etmesi ile bağlantılıdır. Üniteye kabul ve taburculukta diğer 28 hemşirelik tanısında belirlenen anlamlı azalmanın hastaların üniteden taburculuklarında MBI ile ölçülen bağımsızlık düzeylerindeki artma ile uyumlu olduğu da görülmektedir. Bu durum RLTHM eşliğinde verilen bakımın hastaların hem bağımsızlık düzeylerini yükseltmekte hem de mevcut olan problemlerini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

KY hastalarına RLTHM eşliğinde verilen hemşirelik bakımının hastaların bağımsızlık düzeylerine ve bakıma ilişkin algılarına etkisini belirlemek amacıyla, kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılan çalışmanın sonucunda;

KY hastalarına RLTHM'ne göre yapılandırılarak verilen hemşirelik bakımının hastaların bağımsızlık düzeylerini model kullanılmadan verilen bakıma göre daha çok arttırdığı belirlendi.

KY hastalarına RLTHM eşliğinde verilen bakımın, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını pozitif yönde etkilediği saptandı.

KY hastalarına RLTHM ile verilen bakım kapsamında hastaların üniteden taburculuğunda belirlenen hemşirelik tanılarında, üniteye kabullerinde belirlenen hemşirelik tanılarına oranla ileri düzeyde azalma olduğu tespit edildi.

Bu Sonuçlar Doğrultusunda;

Hastanede yatarak tedavi gören KY hastalarına bütüncül bakım verilmesinin sağlanmasında RLTHM'nin kullanılması,

KY hastalarına verilen bakım öncesinde ve sonrasında hastaların bağımsızlık düzeylerinin tespit edilerek verilen bakımın etkinliğinin değerlendirilmesi,

Hastaların bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin değerlendirmelerinin aralıklı olarak ölçülmesi ve sonuçlar doğrultusunda hemşirelik bakımının bireyselleştirilmesi,

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin değerlendirmelerinin tespit edilerek, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı için desteklenmeleri,

KYBÜ'de ve kardiyoloji kliniklerinde çalışan klinisyen hemşireler için KY hastalarının bakımında bu çalışma kapsamında oluşturulan RLTHM eşliğinde KY'li Hasta Bakım Rehberinin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dechant LM. Care of patients with cardiac problems. In: Ignatavicius DD, Workman ML (eds.) *Medical Surgical Nursing, Patient Centered Collaborative Care*, 8th ed. St.Louis Missouri: Elsevier Saunders; 2016: 678-692.
2. Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008, 3(8):119-130.
3. Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011, 14(3):1-7.
4. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip G, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu PA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PD, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 esc kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2012, 3:77-117
5. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, Moy CS, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Soliman EZ, Sorlie PD, Sotoodehnia N, Turan TN, Virani, SS, Wong ND, Woo D, Turner MB. Stroke statistics S. heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012, 125(1):2-220.
6. Tokgözoğlu L. Kronik kalp yetersizliği tedavisinde pratik yaklaşımlar, güncel uygulamada sık sorulanlar,gözden kaçanlar, tartışmalı durumlar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2015;15(2):1-65.
7. Badır A. Kalp hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. İçinde: Karadakovan A, Eti

- Arslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. baskı Adana: Nobel Kitabevi; 2011: 133-141.
8. Alosco M, Spitznagel M, Raz N, Cohen R, Sweet LH, Colbert LH, Josephson R, Dulmen M, Hughes J, Rosneck J, Gunstad J. Executive dysfunction is independently associated with reduced functional independence in heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 23: 829-836
 9. Falk K, Patel H, Swedberg K, Ekman I. Fatigue in patients with chronic heart failure - a burden associated with emotional and symptom distress. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009, 8(2):91-96.
 10. Norberg EB, Boman K, Löfgren B. Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2008, 22(2):203-210.
 11. Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2010,1(1):3-7.
 12. Pihl E, Fridlund B, Martensson J. Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011, 25(1):3-11.
 13. MacMahon KA, Lip GH. Psychological factors in heart failure: a review of the literature. *Archives of Internal Medicine*. 2002, 162(5):509-516.
 14. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 2006, 48(8):1527-1537.
 15. Sears SF, Woodrow L, Cutitta K, Ford J, Shea JB, Cahill J. A patient's guide to

- living confidently with chronic heart failure. *Circulation*. 2013, 127(13):525-528.
16. AbuRuz ME, Alaloul F, Saifan A, Masa'deh R, Abusaleem S. Quality of life for saudi patients with heart failure: a cross-sectional correlational study. *Global Journal of Health Science*, 2016, 8(3):49-58.
 17. Demir M, Ünsar S. Assessment of quality of life and activities of daily living in Turkish patients with heart failure. *International Journal of Nursing Practice* 2011, 17(6):607-614.
 18. Angelidou D. Caring for the heart failure patient: contemporary nursing interventions. *Hospital Chronicles*. 2010, 5(1):1-8.
 19. Grange J. The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*. 2005, 91(42):39-42
 20. Varughese S. Management of acute decompensated heart failure. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2007, 30(2):94-103.
 21. Evangelista LS, Lee JA, Moore AA, Motie M, Ghasemzadeh H, Sarrafzadeh M, Mangione CM. Examining the effects of remote monitoring systems on activation, self-care, and quality of life in older patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015, 30(1):51-57.
 22. Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 2010, 10: 2-9
 23. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21(1):63-77.
 24. Bakan G. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastalığa Uyumunda Roy Adaptasyon Modelinin Etkisinin İncelenmesi. İç hastalıkları Hemşireliği

- Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2005
25. Sezgin D. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Öz Bakım Yönetiminin İncelenmesi ve Hemşirelik Bakım ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2015
 26. Baptiste DL, Mark H, Paris LG, Taylor LA. A nurse-guided patient-centered heart failure education program, *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014, 4(3):49-57
 27. Stromberg A. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*, 2003, 24(11):1014-1023.
 28. Jurgens CY, Lee CS, Reitano JN, Riegel B. Heart failure symptom monitoring and response training. *Heart & Lung*, 2013, 24: 273-280
 29. Clark AP, McDougall G, Riegel B, Joiner-Rogers G, Innerarity S, Meraviglia M, Delville C, Davila A. Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015, 30 (4):1-20
 30. Akay B, Akyol AD. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin özbakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2014, 5(8):75-88.
 31. Du HY, Newton PJ, Zecchin R, Dennis R, Salamonson R, Everett B, Currow DC, Macdonald PS, Davidson PM. An intervention to promote physical activity and self-management in people with satabil chronic heart failure the home-heart-walk study: study protocol for randomized controlled trials. *Trials*, 2011, 12(63):1-6.
 32. Sağıt B. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin

- Etkinliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İ hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010
33. Shao JH, Chang AM, Edwards H, Shyu YI, Chen SH. A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 2013, 69(11):2458-2469.
 34. Efe F, Olgun F. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 2011, 18(1):1-13.
 35. Lee KS, Lennie TA, Dunbar SB, Pressler SJ, Heo S, Song EK, Biddle MJ, Moser DK. The association between regular symptom monitoring and self-care management in patients with heart failure, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015, 30: 2, 145-151.
 36. Pozehl B, Duncan K, Hertzog M. The effects of exercise training on fatigue and dyspnea in heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008, 7(2):127-132.
 37. Sarıtaş S. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Egzersizin Dispne ve yorgunluk Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010
 38. Solmaz G. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Yaklaşımının Dispne Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2011
 39. Lucas R, Riley JP, Mehta PA, Goodman H, Banya W, Mulligan K, Newman S, Cowie MR. The effect of heart failure nurse consultations on heart failure patients' illness beliefs, mood and quality of life over a six-month period. *Journal of*

- Clinical Nursing*, 2014, 24: 256- 265.
40. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset Matbaası; 1999.
 41. Kaya N. Yaşam Modeli. İçinde: Babadağ K, Aşti TA (editörler). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. 1.Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti; 2008:1-7.
 42. Kipay S. Hemşirelik Modelleri ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli. İçinde: Okumuş H, Öztürk C, Yenal K (editörler). *Bakımın Planlanması Hemşire ve Hemşire Öğrenciler İçin Rehber*. 2. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2014: 45-60.
 43. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. İzmir, Etki Matbaacılık, 2011.
 44. Roper N, Logan W.Tierney AJ. *The Roper Logan Tierney Model of Nursing Based on Activities of Living*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2009.
 45. Kara M.Aşti T. Kronik obstruktif akciğer hastalığının evde bakımı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 34: 75-81
 46. Kara M. Using the Roper, Logan and Tierney model in care of people with COPD. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16(7B):223-233.
 47. Elsherif M, Noble H. Management of COPD using the Roper-Logan-Tierney framework. *British Journal of Nursing*. 2011, 20(1):29-33.
 48. Demir GS, Erdil F. Effectiveness of home monitoring according to the Model of Living in hip replacement surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2013, 22:1226-1241.
 49. Baker M, Kakora-Shiner N. Long-term invasive mechanical ventilation for patients with neurological impairments. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 2009, 5(9):409-415.

50. Kaya N, Kaya H. Nöroonkoloji hastasının hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(1):65-73.
51. Karakurt P, Kaşıkçı M. İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11(1):76-84.
52. Kaya N. Romatoid artiritli bireyin hemşirelik tanılması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2006, 16(63):195-206.
53. de Medeiros AC, da Nóbrega MM, Rodrigues RA, Fernandes M. Nursing diagnoses for the elderly using the international classification for nursing practice and the activities of living model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013, 21(2):523-530.
54. Richardson C, Poole H. Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 34(5):659-667.
55. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, Şahin M, Eroğlu E, Mutlu B, Kozan Ö. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevelansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2012, 40(4):298-308.
56. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne; Trakya Üniversitesi, 2008.
57. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. *Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice*. 7 ed. New Jersey: Pearson Education Ltd, 2004:194
58. Perry AG, Theoretical Foundations of Nursing Practice. In: Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM (editors). *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. St.Louis Missouri: Elsevier Mosby, 2013: 40-46.
59. Sosin MD, Bhatia G, Lip YH, Davies MK. A Colour Handbook of Heart Failure.

- Investigation, Diagnosis, Treatment. Çeviri: Yeter E, Keleşoğlu A. *Renkli Atlas Kalp Yetmezliği, Tanı, Tedavi*, 1.Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd.Şti. 2012: 1-40
60. Jones J, McDermott CM, Nowels CT, Matlock DD, Bekelman DB. The experience of fatigue as a distressing symptom of heart failure. *Heart Lung*. 2012, 41(5):484-491.
61. Okuroğlu GK, Bahçecik N, Alpar ŞE. Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*, 2014, 1: 53-61.
62. Roper N, Logan W.Tierney AJ. *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model for Living*. 4th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1996.
63. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, JR, Drazner MH, Fonarow GC, Geraci SA, Horwich T, Januzzi JL, Johnson MR, Kasper EK, Levy WC, Masoudi FA, McBride PE, McMurray JJ, Mitchell JE, Peterson PN, Riegel B, Sam F, Stevenson LW, Tang WH, Tsai EJ, Wilkoff B. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2013, 128(16):240-327.
64. Cowie M. *Essential of Heart Failure*, 1 ed. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2013:8-23
65. Scruth E, Haynes A. Cardiovascular Disorders. In: Urden LD, Stacy KM, Lough ME, editors. *Critical Care Nursing; Diagnosis and Management*. Canada, Elsevier Mosby, 2014: 338-380.
66. Angelidou D. Caring for the heart failure patient: contemporary nursing interventions. *Hospital Chronicles*. 2010, Supplement:1-8.
67. Türk Kardiyoloji Derneği, Türkiye’de Kalp Yetersizliği Yol Haritası Kalp

Yetersizliğin ve Buna Bağlı Ölümlerin Önlenmesi Amacıyla Geliştirilebilecek Politikalara İlişkin Öneriler <http://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiyede-kalp-yetersizligi-yol-haritasi.pdf>. 16 Haziran 2016.

68. Kaya N. Palloş A. Parantral İlaç Uygulamaları. İçinde: Aşti T, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 762
69. Ünver V. Kalp Yetmezliğinde İlaç Tedavisi. İçinde: *Abrahams'ın Klinik İlaç Tedavisi Hemşireler İçin Akılcı İlaç Uygulamaları*, İyigün E, Taştan S. (editörler) Abraham' Clinical Drug Therapy Rationales for Nursing Practice, Fradsen G, Pennington SS. 10.Baskı, Adana, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014:438-55.
70. van der Wal MH, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *European Heart Journal*, 2010, 31(12):1486-1493.
71. Riegel B, Dickson VV, A Situation specific theory of heart failure self care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008, 23(3):190-196.
72. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009, 24(6):485-497.
73. Vellone E, Riegel B, D'Agostino F, Fida R, Rocco G, Cocchieri A, Alvaro R. Structural equation model testing the situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Advanced Nursing*, 2013, 69(11):2481-2492.
74. Gülseven B, Oğuz S. Kronik Durumlar. İçinde: Karadakovan A, Eti Arslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. Adana: Nobel Kitabevi, 2011; 113-115.
75. Cameron J, Worrall-Carter L, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Testing a model of patient characteristics, psychologic status, and cognitive function as predictors of

- self-care in persons with chronic heart failure. *Heart Lung*. 2009, 38(5):410-418.
76. Pokorny ME. Nursing Theorists Of Historical Significance In: Alligood MR, Tomey AM, (editors). *Nursing Theorists And Their Work*. Missouri: Mosby Elsevier, 2010: 63-65.
77. Williams BC. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: A framework to complement the nursing process. *Nursing*, 2015, 45(3):23-26.
78. Pearson A, Vaughan B, FitzGerald M. *Nursing Models for Practice*. 3rd ed. Butterworth-Heinemann, Elsevier Health Sciences, 2005: 87-98
79. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, Gonzalez-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GM, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P. Task Force M. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *European Heart Journal*, 2016, 37: 2129–2200
80. Pektekin Ç. *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar- Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*, 1.Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
81. McCrae N. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 2012, 68(1): 222-229.
82. Sabuncu N, İlhan SE. Hemşirelikte temel kavramlar. İçinde: Sabuncu N (editör). *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. 4. Baskı. Ankara, Alter Yayıncılık Ltd.Şti, 2014: 9-79.
83. Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012, 20(1):10-16.
84. Land L, Suhonen R. Orthopaedic and trauma patients' perceptions of

- individualized care. *International Nursing Review*. 2009, 56(1):131-137.
85. Radwin LE, Alster K. Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*. 2002, 49(1):51-63.
 86. Suhonen R, Schmidt L, Radwin L. Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 59(1): 77-85
 87. Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. *Journal of Nursing Management*. 2007,15(2):197-206.
 88. Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, 50(3):283-292.
 89. Karadakovan A. *Yaşlı Sağlığı ve Bakımı*. 1 Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 279.
 90. Franzen K, Blomqvist K, Saveman BI. Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: a validation study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006, 5(2):137-145.
 91. Dickson VV, McCarthy MM, Howe A, Schipper J, Katz SM. Sociocultural influences on heart failure self-care among an ethnic minority black population. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2013, 28(2):111-118.
 92. Harkness K, Spaling MA, Currie K, Strachan PH, Clark AM. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015, 30(2):121-135.
 93. Rhodes DL, Bowles CL. Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, 39(5):441-449.

94. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*. 2004, (4):350-360.
95. Tülüce D. Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2012.
96. Carpenito-Moyet LJ. *Handbook of Nursing Diagnosis*. Çeviri: Erdemir, F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 13. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 2012.
97. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. *Nursing Care Plans Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*. 8th ed. Philadelphia F.A. Davis Company, Philadelphia. 2010. 48-64.
98. Park H. Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2014, 25(1):30-38.
99. Scherb CA, Head BJ, Maas ML, Swanson EA, Moorhead S, Reed D, Conley DM, Kozel M. Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: part 1. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2011, 22(1):13-22.
100. Bulechek GM, Butcher H, Dochterman JM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC)* 5th ed. St. Louis; Mosby, Elsevier, 2008
101. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th ed. St. Louis, Mosby, Elsevier, 2008.
102. Türk Kardiyoloji Derneği. *Pıhtıöner İlaç (Coumadin) Kullanan Hastalar İçin Kılavuz*. 1. Baskı, 2008: 3-9.

103. Türk Kardiyoloji Derneği. *Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Klavuzu*, 2. Baskı. 2007: 11-39.
104. Dickstein K, Cohen-Solal A, Gerasimos F, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, Strömberg A, van Veldhuisen DJ, Atar D, Hoes AW, Keren A, Mebazaa A, Nieminen M, Priori SG, Swedberg K. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2008, 3 (Supplement): 41-95.
105. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*. 2002, 46(4):287-295.
106. Esin MN. Örneklem. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (editörler). *Hemşirelikte Araştırma*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014:167-192.
107. Kaya N. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tanılaması. In: Aşti TA, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. p. 140-147.
108. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil N. Adaptation of the modified barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 2000, 32(2):87-92.
109. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007, 15(59):61-67.
110. Yılmaz EB, Ergun A. Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2010, 26(3):1-10.
111. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception,

- self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2013, 50(7):945-953.
112. Kızıl C. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
113. Welstand J, Carson A, Rutherford P. Living with heart failure: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 46(10):1374-1385.
114. Betihavas V, Newton PJ, Du HY, Macdonald PS, Frost SA, Stewart S, Davidson PM. Australia's health care reform agenda: implications for the nurses' role in chronic heart failure management. *Australian Critical Care*, 2011, 24(3):189-197.
115. Özer S. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, 2002.
116. Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44(2):197-207.
117. Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 45 (11): 1586-1597.
118. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Merkouris A. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2012: 372-380.

119. Gurdoğan EP, Findik UY, Arslan BK. Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2015, 8(2):369-375.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Nurhan ÇİNGÖL Doğum tarihi: 06.07.1975 Doğum Yeri: Tokat/Merkez Medeni Hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Bolu Tel: 0 374 253 45 20 Faks: 0 374 253 45 57 E-mail: nurhancingol@ibu.edu.tr, ncingol@hotmail.com
Eğitim
Lise: Tokat Sağlık Meslek Lisesi (1993) Lisans: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (1998-2002) Yüksek Lisans: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (2004-2007) Doktora: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (2011-2017)
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: ÜDS 66.250 (Mart 2008) Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Hemşireler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, adı “Kalp Yetmezliği Hastalarında Roper, Logan ve Tierney Modeli’ne Göre Yapılandırılan Bakımın Hastaların Bağımsızlık Düzeylerine ve Bakım Algılarına Etkisi” dir. Bu çalışma, Kalp yetmezliği hastalarına Roper, Logan ve Tierney Hemşirelik Modeli’ne göre verilen bakımın hastaların bağımsızlık düzeylerine ve bireyselleştirilmiş bakım algılarına etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Bu çalışmada aldığınız tedaviler değiştirilmeyecektir. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar vardır. Bunlar kendi ihtiyaçlarınızı karşılamada daha bağımsız olmak, ilaç tedavinize, diyetinize ve bireysel takibinize ilişkin bilgi ve beceriye sahip olmak, hastalığınızın neden olabileceği olası sorunları en az düzeyde yaşamak ve size verilecek hemşirelik bakımına ilişkin değerlendirmelerinizi ifade etmektir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, soru ya da diğer durumlar için 0 505 654 16 19 nolu telefon ile ya da direkt olarak Uzman Hemşire Nurhan Çingöl’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma

yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. 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. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesini kabul ediyorum. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur, alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza

EK-3. HASTA TANITIM FORMU

Sıra No
Adı Soyadı: Yatış Tarihi: Saati:
Cinsiyeti: Yatak No: Protokol No :
Yaşı: Geliş Şekli: Sedy e () Tekerlekli Sandalye ()
Medeni Durumu: Yürüyerek () Diğer ()
Eğitim Düzeyi: Geldiği Yer: Acil servis () Poliklinik ()
Mesleği: Sosyal Güvencesi: Yok () Var ()
Yaşam Şekli: Yalnız () Eş İle () Kan Grubu:
Eş ve çocuklarla () Alerjisi: Yok () Var ().....
Ebeveynlerle () Bulaşıcı Hastalık: Yok () Var ().....
Diğer: ()..... Tıbbi Tanı: NHYA Sınıfı;
EF: %
Gelir Durumu: Yeterli () Yetersiz () Boy: Kilo:
Adres ve Tel.: Diyeti :
Bilgi Kaynağı:

Yatış Nedeni (hastanın en önemli şikayeti ve ifadesi):

Sorunun başladığı zaman ve süresi:

Sağlık hikayesi:

Hastalık (DM, MI, HT, KOAH, kanser vb.), ameliyat, kaza ve diğer sağlık sorunları:

Türü	Zamanı	Sonucu
.....		
.....		
.....		

Daha önce hastaneye yattı mı? Hayır () Evet () Nedeni

Daha Önce Kalp Yetmezliği nedeniyle acile başvurma sayısı:.....

Daha Önce Kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı:.....

Daha Önce Kalp Krizi Geçirme durumu: Hayır () Evet ()

Daha Önce Koroner Anjiyografi yapılma Durumu: Hayır () Evet () sayısı:.....

Daha Önce Koroner Arter Bypass geçirme durumu: Hayır () Evet () sayısı:.....

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Adı	Dozu	Kullanım Nedeni	Kullanım Süresi
.....			
.....			
.....			
.....			

İlaçları önerildiği gibi alabiliyor mu? Evet () Hayır () Nedeni

Soy Geçmişi (Hastalıklar, ölüm nedenleri vs.)

Anne

Kardeş:

Baba:

Yakın Akraba

Sigara Kullanma Durumu: Hayır () Evet () Alkol Kullanma Durumu: Hayır () Evet ()

KYBÜ'de yattığı süre:.....gün

EK-4. ROPER, LOGAN ve TIERNEY HEMŞİRELİK MODELİ'NE GÖRE HASTA TANILAMA FORMU

1-Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

SUBJEKTİF

Daha önce herhangi bir kaza/yaralanma geçirmiş mi? Hayır () Evet ()

Tanımla.....

Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorunu var mı? Hayır () Evet()

Tanımla.....

Son 6 aydır kullanılan ilaçlara bağlı yan etki gelişmiş mi? Hayır () Evet()

Tanımla.....

Yan etki nedeniyle ilaç kesilmiş mi? Hayır () Evet ()

Hastanede/ evde güvenlik önlemleri alınması gerekiyor mu? (Enfeksiyon, yaralanma vb.) Hayır () Evet ()

Tanımla.....

Ağrı; Hayır () Evet () Başlangıcı.....süresi.....niteliği.....lokalizasyonu.....

.....Yayılışı.....

Ağrıya eşlik eden faktörler/ yakınmalar:

Ağrıyı azaltan faktörler:.....

Ağrının Şiddeti

1	2	3	4	5
Hafif	Rahatsız Edici	Şiddetli	Çok Şiddetli	Dayanılmaz

Bağımsız hareket edebilme yeteneği: Evet () Hayır ()....Nedeni:

OBJEKTİF

1-Mental Durumu:

Bilinci: () Açık () Bulanık () Kapalı

2-Duyu Organları:

-Görme: Pupilla sağ: Normal () Anormal () Tanımla Sol Normal () Anormal () Tanımla

Gözlük: Hayır () Evet () Kontakt Lens: Hayır () Evet ()

-Duyuma: Sağ Kulak: Normal () Yetersiz () Sağır () Duyma Aracı: Hayır () Evet ()

Sol Kulak: Normal () Yetersiz () Sağır () Duyma Aracı: Hayır () Evet ()

Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (Akıntı, kaşıntı, vb) Hayır () Evet () Tanımla

-Dokunma: His kaybı (ısı, ağrı, acı, basınç vb): Yok () Var () Tanımla

-Cilt ısı: Normal () Anormal () Tanımla

-Koklama: Koku alma duyusu: Var () Yok () tanımla

Sağ burun deliği: Açık () Kapalı () Tanımla

Sol burun deliği: Açık () Kapalı () Tanımla

-Tat Alma: Tat alma duyusu Var () Yok () Tanımla

2-İletişim Aktivitesi

SUBJEKTİF

Hasta yalnız mı yaşıyor? Evet () Hayır () Kiminle:

Hastalığı Kabul etme durumu:

Var olan durumu hakkındaki düşünceleri neler?

Dini İnancı:

Hastaneye yatma hastanın dini inançlarını etkiliyor mu? Hayır () Evet () Tanımla

Bakımını sınırlandıracak herhangi bir inanç var mı? (Diyet, kan transfüzyonu vb.) Hayır () Evet () Tanımla

Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

OBJEKTİF

Kullandığı dil (Lisan):

İletişime engel olacak duyuşsal kusurlar var mı? Hayır () Evet () Tanımla

İletişim kurabilmek için yardıma ihtiyacı var mı? Hayır () Evet () Tanımla

Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark edildi mi? Hayır () Evet () Tanımla

Görüşme sırasında aile iletişiminde sorun gözlemlendi mi? Hayır () Evet ()

3-Solunum Aktivitesi

SUBJEKTİF

Solunum sıkıntısı var mı? Hayır ()

Evet () Ne Zaman? (Yemek yerken, yürürken, merdiven çıkarken, hiçbir şey yapmıyorken, uyuyorken vb)
Nasıl rahatlıyor?

Öksürük var mı? Hayır () Evet () Balgam çıkartıyor mu? Hayır () Evet () Tanımla Renk: Koku:

Miktar:

Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediğı bir konu var mı?

OBJEKTİF

Solunum Sistemi

Solunum hızı: /dk. Abdominal () Diyafragmatik () Eforlu () Eforsuz () Özel pozisyon() ...

Derinliğı: Yüzeysel () Derin () SpO2 :

Yardımcı solunum kaslarının kullanımı: Hayır () Evet () Tanımla:

Solunuma yardımcı araçlara ihtiyacı var mı? Hayır ()

Evet () O2 miktarı lt/dak. O2 Nazal () O2 Maske () BİBAP ()

Kardiyovasküler Sistem:

Nabız kolaylıkla palpe ediliyor: Temporal Evet () Hayır () Karaotis Evet () Hayır () Brakial Evet () Hayır () Radial Evet () Hayır () Femoral Evet () Hayır () Popliteal Evet () Hayır () Dorsalis Pedis Evet () Hayır () Posterior Tibial Evet () Hayır ()

Nabız Hızı: Radyal /dk Apikal /dk

Nabız ritmi Düzenli () Düzensiz () Tanımla

Nabız Volümü:

Kan Basıncı:

Sol kol

Sağ kol

Ayakta mmHg

.....mmHg

Yatarken mmHg

.....mmHg

Otururken mmHg

.....mmHg

4-Beslenme Aktivitesi

SUBJEKTİF

Günlük öğün sayısı:

Beslenme alışkanlığı (hoşlandığı besinler; protein, karbonhidrat, yağdan zengin besinler):

Kendini besleme durumu: Bağımlı () Yarı Bağımlı () Bağımsız ()

Beslenme Şekli: Oral () Enteral () Parantral ()

Son Altı ayda kilo aldı mı? Hayır () Evet () kg

Son altı ayda kilo verdi mi? Hayır () Evet () kg

İştahını nasıl tanımlıyor? İyi () Orta () Yetersiz ()

Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? (Hastanın kendisinin uyguladığı/ Hekimin önerdiği) Hayır ()

Evet () Tanımla

Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor? Su:.....bardak/gün Diğer:

Sevdiği ve sevmediğı yiyecekleri tanımla:

Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?

Bulantı: Hayır () Evet () Tanımla

Kusma: Hayır () Evet () Tanımla

Çiğneme: Hayır () Evet () Tanımla

Yutma: Hayır () Evet () Tanımla

Sindirme: Hayır () Evet () Tanımla

Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediğı bir konu var mı?

OBJEKTİF

Boy.....cm

Kilo.....kg

Varsa diyeti:

Kendini besleme yeteneği: : Bağımlı () Yarı Bağımlı () Bağımsız ()

5-Boşaltım Aktivitesi**SUBJEKTİF**

Barsak Boşaltımı:

Sıklık (kez/gün):.....Azalma ().....Artma().....

Boşaltım gereksinimlerini fark etme: Evet () Hayır ().....

Son bir ay içinde dışkılama alışkanlığında değişim: Hayır () Evet () Azalma () Artma ()

Dışkının özelliği:

İçerik: Katı () Yumuşak () Sıvı ()

Renk: Kahverengi () Siyah () Sarı () Kil rengi ()

Diğer sorunlar (kan, parazit, sindirilmemiş besin, ağrı vb.): Hayır () Evet ()

Hemoroidi var mı? Hayır () Evet ()

Dışkılama için ilaç vb. girişimlerden yararlanıyor mu? (Laksatif, suppozituar, diyet)Hayır ()

Evet () Tanımla

Konstipasyon: Hayır () Evet () sıklığı.....

Diyare: Hayır () Evet () sıklığı.....

Distansiyon: Hayır () Evet () tanımla.....

İdrar Boşaltımı:

Sıklık (kez/gün):.....Azalma ().....Artma().....

Boşaltım gereksinimlerini fark etme: Evet () Hayır ().....

Son bir ay içinde idrar alışkanlığında değişim: Hayır () Evet () Azalma ()..... Artma ().....

Miktarda herhangi bir değişim: Hayır () Evet () Azalma ()..... Artma ().....

İdrarın özelliği:

Renk: Sarı () Bulanık () Koyu () Diğer ()

İnkontinans: Hayır () Evet () tanımla

Retansiyon: Hayır () Evet () tanımla

Boşaltım yardımcıları kullanıyor mu? (TAK, Diüretik,vb.): Hayır () Evet ()..tanımla.....

Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

OBJEKTİF

Barsak sesleri: Normal () Artmış () Azalmış () Yok ()

Batında gerginlik: Hayır () Evet () Tanımla.....

Batında Sertlik Hayır () Evet () Tanımla.....

Stoma: Hayır () Evet () Yeri Türü.....

İdrar Katateri: Hayır () Evet () Kaç gündür takılı ?.....

6-Kişisel Temizlik ve Giyinme:**SUBJEKTİF**

Hijyen Alışkanlıkları:

-Deri temizliği: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Ağız temizliği: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Göz temizliği: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Kulak temizliği: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Burun temizliği: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Tırnak temizliği:Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

- Saç temizliği: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Ayak temizliği: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Banyo: Sıklık.....Kullanılan ürün.....Sorun: Hayır () Evet () Tanımla.....

-Perine hijyeni: Kullanılan ürün(tuvalet kağıdı, bez, ped vb.)..... Sorun: Hayır () Evet ()

Tanımla.....

Giyinme alışkanlıkları:

Yaşına ve cinsiyetine uygun: Evet () Hayır () Tanımla

Giyinme ve soyunmada zorluk çekiyor mu? Hayır () Evet () Tanımla:

Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

OBJEKTİF

-Deri Muayenesi:

Sıcak () Soğuk () Nemli () Kuru ()
Lezyonlar: Hayır () Evet () ...yeri:.....büyüklüğü:.....görünümü:.....
Deride kızarıklık: Hayır () Evet () ...yeri:.....büyüklüğü:.....görünümü:.....
Turgor: Normal () Dehidrate () Sert () Hassas ()
Renk: Pembe () Soluk () Sarı () Siyanotik ()
Ödem: Hayır () Evet () yeri (genel/bölgesel).....dercesi:.....
Boyunda sorun var mı?(Boyun venlerinde dolgunluk, kitle, şişlik vb.) Hayır () Evet () tanımla.....
Saçlarda sorun var mı?(Kepek, bit, dökülme vb.):Hayır () Evet () tanımla
Ayak ve Tırnaklarda sorun var mı? (sararma, batma, enfeksiyon, nasır, çatlama, kuruluk,ödem vb.): Hayır () Evet () tanımla:
-Mukoz Membran:
Ağız:
-Nemli () Kuru ()
-Renk: Pembe () Soluk () Beyaz () Kırmızı () Siyanoze ()
-Lezyon: Hayır () Evet () tanımla:
-Dişlerde sorun var mı? (Çürük, dolgu, protez,eksik diş vb.): Hayır () Evet () tanımla
-Diş etinde sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme vb.): Hayır () Evet () tanımla
-Dilde sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz,paslı vb.): Hayır () Evet () tanımla
-Dudaklarda sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, uçuk vb.): Hayır () Evet () tanımla
Gözlerde, kulaklarda, burunda sorun var mı? (kızarıklık, kaşıntı, yanma, akıntı, tıkanıklık,enfeksiyon, vb.): Hayır () Evet () tanımla:
-Giysilerin görünümü: Temiz, düzenli () Kirli, dağınık () Tanımla

7-Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi**SUBJEKTİF**

Sevdiği ısı: Normal () Sıcak () Soğuk ()
Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

OBJEKTİF:

Vücut ısı:.....°C

Kabul sırasında mevsime ve ortam ısısına uyumlu giysiler: Evet () Hayır () Tanımla:

8-Hareket Aktivitesi**SUBJEKTİF**

Genel yaşam tarzı: Aktif () Sedanter ()
Harekette zorlanma: Hayır () Evet () zamanı, yeri.....
Düzenli egzersiz/spor yapıyor mu? (Yürüyüş, yüzme, vb.): Hayır () Evet ()
Yorgunluk hali: Hayır () Evet () süresi, zamanı.....
Kendi kendine hareket edebiliyor mu? (Yürüme, eğilme, dönme) Evet () Hayır ()
Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

OBJEKTİF

Ekstremité Kaybı: Hayır () Evet () yeri.....
Yürüme: Normal () Anormal ()
Denge: Normal () Anormal ()
Kas gücü: Normal () Anormal ()
El ile kavrama: Sağ: Normal () Azalmış ()
Sol: Normal () Azalmış ()
Postür: Normal () Kifo () Lordoz ()
Şekil bozukluğu (kontraktür, eklem kısıtlılığı, çekilme, kasılma vb.): Hayır () Evet ()
Kullandığı hareket yardımcıları (Walker, koltuk değneği vb.): Hayır () Evet ()
Traksiyon/ alçı/splint/Korse/Boyunluk varlığı: Hayır () Evet ()
Tremor: Hayır () Evet ()
Paralizi: Hayır () Evet () Yeri

9-Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi

SUBJEKTİF

Mesleği:.....Yaptığı iş.....
Gelir durumu: Yeterli () Yetersiz ().....
Çalışma durumu:.....saat/ gün Hiç çalışmıyor ().....
Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:
Son bir aydır sağlık durumu nedeniyle günlük işleri aksadı mı?(ev işi, çalışma hayatı,eğlence):
Hayır () Biraz () Evet ().....
Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi: Hayır ()
Evet ().....
Çalışıyorsa son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? Hayır () Evet () Kaç gün:.....
Son 6 aydır çalışmadığınız için gelirinizde azalma oldu mu? Hayır () Evet ()
Eğlenceye zaman ayırır mı? Hayır () Evet () Sıklığı:.....Türü.....
Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

10-Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

SUBJEKTİF

Erkek

Kendi kendine testis, meme muayenesi yapıyor mu? Hayır () Evet () sıklığı:.....
Normal olmayan kızarıklık, kanama veya akıntı: Hayır () Evet ().....
Herhangi bir cinsel sorunu var mı? Hayır () Evet ()
Prostatla ilgili bir sorunu var mı? Hayır () Evet ().....

Kadın

Kendi kendine meme muayenesi yapıyor mu? Hayır () Evet () sıklığı:.....
Menstrüasyon siklusu: Düzenli () Düzensiz () sıklığı:.....Kullandığı ürünün gün içindeki sayısı
(Ped,bez vb.):.....
Sorun (Ağrı, fazla miktarda kanama): Hayır () Evet ()
Hamilelik sayısı:.....
Menapoza girdi ise ne zaman ?.....
Normal olmayan vajinal kanama veya akıntı: Hayır () Evet ().....
Herhangi bir cinsel sorunu var mı? Hayır () Evet ().....

Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

OBJEKTİF

Meme muayenesi:.....
Testis muayenesi:
Dış görünümü (cinselliğe özgü davranış, ses tonu): Normal () Anormal ()
Görüşmede soruları cevaplama durumu: Girişken () Çekingen () Utangaç () Saldırgan ()

11-Uyku Aktivitesi

SUBJEKTİF

Genel uyku alışkanlıkları: Gece.....saat/gün Gündüz.....saat/gün
Şekerleme: hayır () Evet () zamanı ve süresi.....
Kendini dinlenmiş hissediyor mu? Evet () Hayır ().....
Gün boyunca uyku hali var mı? Hayır () Evet ().....
Uyurken kaç yastık kullanıyor?.....
Herhangi bir sorun:
-Uykuya dalma güçlüğü: Hayır () Evet () süre..... Nedeni.....
-Gece uyanma: Hayır () Evet () süre..... Nedeni.....
-Erken uyanma: Hayır () Evet () süre..... Nedeni.....
-Uykusuzluk: Hayır () Evet () süre..... Nedeni.....

Bu konu ile ilgili değinilmeyen fakat kendisinin açıklamak istediği bir konu var mı?

OBJEKTİF

- | | |
|--|--|
| ☐ Davranış performansda değişiklikler | ☐ Esneme sıklığı |
| ☐ İrritabilite | ☐ Göz çevresinde morluk |
| ☐ Ajitasyon | ☐ Dikkat süresinde azalma |
| ☐ Laterji | ☐ Yürürken yorgunluk hali |
| ☐ Rahat edememe | ☐ Dinlenmiş bir görünüm |

12-Ölüm (Bu bölüm birebir sorular yoluyla değil gözlemlerle doldurulacaktır)

- Ölümü hayatın bir parçası olarak görüyor mu: Evet ☐ Hayır ☐
- Daha önce ölüm hakkındaki girişimimleri (kayıpları, kayıp yaşadığında hissettikleri vb.)
- Ölümü kurtuluş olarak görüyor mu? Evet ☐ açıkla
- Hayır ☐ açıkla
- Ölüm korkusu var mı? Hayır ☐ Evet ☐ Açıkla
- Kendi ölümünün diğer akraba ve arkadaşlarını etkileyeceği hakkında kaygılanması Yok ☐ Var ☐ açıkla
- Ölüm sırasında ağrı ve acı çekeceği düşüncesi var mı?: Yok ☐ Var ☐ açıkla
- Erken öleceğini düşünüyor mu? Hayır ☐ Evet ☐ açıkla
- Ölümü halinde yapılmasını istediği ya da istemediği bir şey var mı? Yok ☐ Var ☐ açıkla

EK-5. MODİFİYE BARTHEL İNDEKSİ (MBI)

A-TRANSFER	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir. 3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardım gerekir. 8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir. 12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir. 15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/sandalyeye güvenle yaklaşır, frenler, kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenle yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine güvenle geçebilir. Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.		
B-AMBULASYON	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Ambulasyonda bağımlıdır. 3: Ambulasyonda sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır. 8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir. 12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir. 15: Hasta gerekirse cihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip açabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanadien, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50 m'lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüyebilir.		
TEKERLEKLİ SANDALYE KULLANMA (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır. 1: Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir. 3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir. 4: Belirli güzergahlara, makul bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar. 5: Bağımsız kabul etmek için hasta köşeleri kendisi dönebilmeli, çevresinde dönebilmeli, iskemleyi masaya, yatağa, tuvalete vs. yaklaştıracak şekilde, evde, koğuşta vs. sandalyeyi en az 50 m sürebilmelidir.		
C-MERDİVEN İNİP ÇIKMA	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Hasta merdivenleri çıkamaz. 2: Merdiven inip çıkmanın tüm aşamalarında yardım gerekir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasının da içerir. 5: Hasta merdiven inebilir çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar. 8: Genelde hiç yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir. 10: Yardım veya gözetim olmadan güvenle basamakları iner-çıkarcı, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır; inerken çıkarken bu cihazları kullanabilmelidir.		
D-BESLENME	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir. 2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir. 5: Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz biber atma, yağ sürme, tabağı çevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir. 8: Et kesme, süt kartonu açma, kavanoz kapağı açma vs. hariç hazırlanmış tepsiden bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir. 10: Başka biri yiyecekleri ulaşabileceği bir yere koyunca tepsiden veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ sürebilir vs.		

E-GİYİNME	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Hasta giyinmenin tüm aşamalarında bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz. 2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır. 5: Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir. 8: Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çıtçıtları açıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde. 10: Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri splintleri takar çıkarır.		
F-KİŞİSEL BAKIM	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır. 1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir. 3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir. 4: Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir. 5: Hasta ellerini-yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veya traş bıçağını kendi kullanabilmeli fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil veremeyebilir).		
G-BANYO YAPMA	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Banyo yapmada tam bağımlıdır. 1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir. 3: Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz. 4: Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir. 5: Duş, küvet vs. hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.		
H-TUVALET KULLANIMI	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır. 2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir. 5: El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir. 8: Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir. 10: Tuvalette oturup kalkabilir, giysilerini giyer çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kağıdı kullanır. Gerekirse geceleri ördek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.		
I-İDRAR İNKONTİNANSI	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinandır veya daimi sondası vardır. 2: İnkontinandır ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir. 5: Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir. 8: Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırma olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir. 10: Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.		
J-GAİTA İNKONTİNANSI	1.Ölçüm	2.Ölçüm
0: Hasta inkontinandır. 2: Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir. 5: Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez. Sık sık kaçırır. Bez ile bağlama gerekir. 8: Supozituar veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçırır. 10: Bağırsak kontrolü vardır, hiç kaçırılmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi yapabilir.		
Tarih ve Toplam Puan		

EK-6. BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ÖLÇEĞİ

Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-A

Aşağıdaki ifadeler halen yatmakta olduğunuz hastanedeki girişimlerinize ilgilidir. Lütfen fikrinizi veya girişiminizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

		Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
A01	Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A02	Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A03	Elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler.	1	2	3	4	5
A04	Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	1	2	3	4	5
A05	Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A06	Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar	1	2	3	4	5
A07	Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A08	Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler)	1	2	3	4	5
A09	Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki girişimlerimi sordular.	1	2	3	4	5
A10	Günlük alışkanlıklarımı sordular (örn., kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
A11	Ailemin, bakımımda yer almasını isteyip istemediğimi sordular	1	2	3	4	5
A12	Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler	1	2	3	4	5
A13	Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular	1	2	3	4	5
A14	Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler	1	2	3	4	5
A15	Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A16	Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A17	Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular	1	2	3	4	5

Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-B

Aşağıdaki ifadeler halen yatmakta olduğunuz hastanedeki girişimlerinize ilgilidir. Lütfen fikrinizi veya girişiminizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

		Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
B01	Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B02	Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B03	Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	1	2	3	4	5
B04	Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B05	Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B06	Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B07	Bakımım sırasında, hastalığının kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B08	Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar	1	2	3	4	5
B09	Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma girişimlerimi göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B10	Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
B11	Ailem, istediğim zaman bakımımda yer aldı.	1	2	3	4	5
B12	Hastanede bana verilen bilgilere uydum	1	2	3	4	5
B13	Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım	1	2	3	4	5
B14	Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar	1	2	3	4	5
B15	Bakımım ile ilgili kararlara katıldım	1	2	3	4	5
B16	Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B17	Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim	1	2	3	4	5

EK-7. RLTHM EŞLİĞİNDE KY'Lİ HASTA BAKIM REHBERİ

1-Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

1.1. Düşme Riski: Düşmeye yatkınlığı artmış olan bir bireydeki durumdur. ⁹⁶

(s.477) Bu durum ortostatik hipotansiyon, karotid sinüs senkoku, ilaçlar (antihipertansifler, vazodilatetörler, diüretikler, sedatifler, hipoglisemikler vs.), uzun süren yatak istirahati, vazovagal refleks, yetersiz aydınlatma, yürüme alanlarının güvensiz olması, alışıktırılmayan ortam (hastane odası, yoğun bakım ortamı), yaşlılığa bağlı duyuşsal ve motor defisitlere bağılı olarak gelişebilir. ⁹⁶⁻⁹⁹

Bu tanı hastada yukarıda bahsedilen durumların varlığında kullanılabilir. ⁹⁶

Düşme Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Çevre Yönetimi, Düşmeyi Önleme, Gözetim)

Aktivitelere;

Birey ortama uyumlandırılır; yoğun bakım ortamı, işleyişi anlatılır ve kullanılan aletler (monitör, EKG kabloları, tansiyon manşonu, infüzyon pompası gibi), yatağı, etejeri, yemek masası tanıtılır ve ortam uygun şekilde aydınlatılır. ^{96, 100}

Yatak seviyesi en alçak düzeye ayarlanır, yatak frenleri kilitlenir, yatak kenarları yukarı ve kapalı hale getirilir. ^{96, 100}

Brakiyal kan basınçları yatarken ve ayakta ölçüp karşılaştırılır ve ortostatik hipotansiyonu azaltma teknikleri bireye öğretilir. ^{96, 100}

Birey yataktan kalkmak istediğı durumlarda yardım istemesi için cesaretlendirilir. Yataktan kalkarken takip edilir ve baş dönmesi, dengesizlik gibi riskli durumlarda mobilizasyonda bireye eşlik edilir. ^{96, 100}

Baston, koltuk değneğı, yürüteç, protez gibi yardımcı araçların kullanımında birey desteklenir, güç ve esnekliğı arttıran egzersizler öğretilir. ^{96, 100}

Birey dehidratasyon ve vazodilatasyondan korunmasına yönelik (sıcak su

banyosundan, uzun süreli güneşe maruz kalmaktan uzak durmak gibi) bilgilendirilir.⁹⁶

100

Girişimler Sonucunda; Hastanın düşmeyi deneyimlememesi, düşmeyi önleme davranışlarını kazanması, düşme riskini artıran faktörleri tanınması ve gereksinimleri için yardım istemesi hedeflenir.^{96, 101}

1.2. Enfeksiyon Riski; Bireyin iç ya da dış kaynaklı, fırsatçı veya patojenik etkenlerin saldırısına uğrama riskinin olmasıdır.^{43 (s.327)} İnvazif girişimler (damar yolu, üriner kateter vb.), hastane ortamında bulunma, halsizlik, kuvvetsizlik, yaşa bağlı immün tepkinin azalması ve çoklu kronik hastalıklara bağlı gelişebilir.⁹⁶⁻⁹⁹ Bu tanı yukardaki durumların varlığında kullanılabilir.⁹⁶

Enfeksiyon Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Enfeksiyonun Önlenmesi, Enfeksiyondan Koruma)

Aktiviteler;

Aseptik teknik kullanma, gereksiz tanı ve tedavi girişimlerinden hastayı koruma, dikkatli el yıkama ve izolasyon gibi enfeksiyon kontrol önlemleri alınır.

Yüksek ateş, idrarda bulanıklık ve pürülan akıntı, kan değerlerindeki değişimler lökositoz gibi enfeksiyonun klinik belirtileri takip edilir.^{96, 100}

Bireye ve ailesine enfeksiyondan korunmaya yönelik sağlık eğitimi verilir.^{96, 100}

Sıvı takibi ve deri gözetimi yapılır.^{96, 100}

Bireyin yeterli kalori ve protein alımı sağlanır ve bu şekilde beslenmeye teşvik edilir.^{96, 100}

Girişimler Sonucunda; Bireyde enfeksiyon gelişmemesi, enfeksiyon belirti ve bulgularının erken evrede tespit edilmesi hedeflenir.^{96, 101}

1.3. Zehirlenme Riski; Bireyin tehlikeli maddelere ve ilaçlara maruz kalması ya da bunları kaza ile alma riskinin olması durumudur. Bu tanının KY hastaları için

etiyojik faktörü ilaç tedavisinde digoxin'in bulunmasıdır.^{1, 69, 96}

Zehirlenme Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (İlaç Öğretimi, Risk Tanıma Öğretimi, Sağlık Eğitimi)

Aktiviter;

Digoksin antiasitlerle birlikte verilmez ve hasta da bu konuda bilgilendirilir.

Hasta iştah kaybı, bulantı, kusma, konfüzyon, ishal ve görme sorunları açısından takip edilir ve bu belirtilere ilişkin bilgilendirilir.^{1, 69, 96}

Vital bulgular takip edilir, hastanın nabızı 60/dk'nın altında ise hekim bilgilendirilir ve ilaç dozu atlanır.^{1, 69, 96, 100}

Girişimler Sonucunda; Bireyde digoksine bağlı zehirlenme gelişmemesi ve zehirlenme belirtilerinin erken evrede tespit edilmesi hedeflenir.^{96, 101}

1.4. Kanama Riski: Kan volümünde bir azalma ya da bu yönden yüksek risk taşıyan bir bireydeki durumdur. Bu tanının KY hastaları için, etiyojik faktörü ilaç tedavisinde warfarin gibi antikoagulan ilaçların bulunmasıdır.^{96 (s.251)}

Kanama Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (İlaç Öğretimi, Risk Tanıma Öğretimi, Sağlık Eğitimi)

Aktiviter;

Hasta ekimozlar ve burun kanaması, diş eti kanamaları, hematüri, şiddetli baş ağrısı, siyah-kırmızı renkte dışkı varlığı gibi kanama belirti ve bulguları yönünden takip edilir ve bu durumlar hakkında bilgilendirilir.⁹⁶

Antikoagulan ilaçların kullanım sürecinde takip edilmesi gereken PT /INR (Protrombin Zamanı ve Uluslararası Düzeltme Oranı) değerleri hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilir.^{96, 102}

Tedavi sürecinde diş bakımı, fiziksel aktivite, etkileşime girebilecek besinler ve ilaçlar hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilir.^{96, 102}

Girişimler Sonucunda; Hastada ilaçlara bağlı gelişebilecek kanamaların önlenmesi ve erken evrede farkedilmesinin sağlanması hedeflenmektedir.^{96, 101}

1.5. Bilgi Eksikliği: Bireyin tedavi planı ya da durumu ile ilgili bilişsel bilgi ve/veya psikomotor beceri eksikliğinin olması durumudur.^{70, 96, 98}

Belirti ve Bulgular; Bireyin bilgi ya da beceride bir eksikliği sözel olarak ifade etmesi ya da bilgi istemesi, sağlık durumuna ilişkin bir yanlış algılamayı ifade etmesi, istendik olan ya da tanımlanan bir sağlık davranışını doğru olarak yerine getirememesi, tedavi planını günlük aktivitelere entegre etmemesi, bilgi eksikliği ya da yanlış bilginin sonucu psikolojik değişimlerin (anksiyete, depresyon, korku gibi) yaşanması ya da bireyin kendisinin ifade etmesidir.^{96, 97, 100}

Bilgi Eksikliği Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Hastalık Süreci Öğretimi, İşlem ve Tedavi Öğretimi, İlaç-Diyet- Egzersiz- Risk Tanıma Öğretimi)

Aktiviteler;

Bireye ve ailesine KY sürecine, tedavi rejimine, ilaçlara, beslenmeye, egzersize ve sağlığı koruma davranışlarına ilişkin eğitim verilir.^{96, 100}

Kalbin basit anatomik yapısı ve fizyolojisi, KY' nin oluşum nedenleri, belirti ve bulguları ve tedavisi hakkında bilgi verilir, görsellerle desteklenir.^{7, 66, 103}

Fazla kilosu var ise vermesi, sigarayı bırakması, alkol kullanımından uzak durması ya da haftada iki kez bir kadehle sınırlandırması, stresten ve etkisiz baş etme yöntemlerinden kaçınması, sağlık kontrollerine düzenli devam etmesine yönelik bilgi verilir.^{7, 66, 103}

İlaçlara ilişkin basit bir dille açıklamalar yapılır; ilacın adı, kullanım amacı, bir tablet ya da kapsülün kaç mg olduğu, günde kaç kez ve nasıl alması gerektiği, nerede ve hangi koşullarda saklanması gerektiği ve en sık görülen yan etkilerine yönelik bilgi verilir.

Hangi yiyeceklerin ilaçla etkileşime girebileceği, birlikte kullanılması sakıncalı ilaçlar hakkında ve ilaçların düzenli alınması, doz atlamaktan kaçınılması ve hekimine danışmadan ilaç almayı bırakmamasına yönelik eğitim verilir.^{1, 103}

Sağlıklı beslenmenin temelleri açıklanır.¹⁰²

Sodyum kısıtlamasının gerekçeleri ve bunu nasıl yapabileceğine dair bilgi verilir; Yemek masasından tuzluğu kaldırması, besinleri daha lezzetli hale getirmek için tuz yerine baharat kullanması, taze balık, tavuk, yağsız dana eti, kuru baklagilleri tüketmeye dikkat etmesi, konserveler ve hazır gıdalar yerine taze sebze ve meyveleri tercih etmesi, hazır gıdaların üzerindeki açıklamaları okumayı alışkanlık haline getirmesi gerektiği açıklanır.^{103, 104}

Hastaların çoğunluğunda günlük sıvı alımı 1,5-2 lt ile sınırlandırılır. Çok fazla alınan sulandırılmış içecekler (örn. Portakal suyu) hiponatremiye neden olabilir. Özellikle sıcak havalarda ya da hastanın vücut ısısı yükseldiğinde sıvı alımı artırılabilir. Gerekirse hastaya aldığı- çıkardığı sıvı takibi öğretilir. ^{103, 104}

Fiziksel hareketlerini tolere edebildiği ölçüde kademeli arttırması, göğüs ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı ve yorgunluğa sebep olan aktiviteleri sonlandırması, gün içinde dinlenme aralıkları planlaması, uzak durması gereken aktiviteler yönünden hekiminin tavsiyelerine bağlı kalması, aktivite toleransı düşmüşse hekimine / hemşiresine bilgi vermesine ilişkin bilgilendirilir. ^{103, 104}

Yorgun olduğu dönemlerde, aşırı tokken ve alkollü iken cinsel aktiviteden kaçınması gerektiği açıklanır. Cinsel ilişki için iyi dinlenmiş olduğu sabah saatlerini tercih etmesi önerilir.^{103, 104}

Hasta ve ailesi aşağıdakilerden herhangi birini fark ettiğinde hekimine / hemşiresine haber vermesi ve mutlaka sağlık kuruluşuna başvurması için bilgilendirilir.^{4, 28, 96, 100}

- Kilosunda günde 1-2 kilo, haftada 3-5 kilo artış,
- Nefes darlığında artış olması (özellikle uykudan uyandıran yataktan kaldıran nefes darlığı),
- Bacaklarda veya ayak bileklerinde şişmeler oluşması,
- Öksürükte sürekli artma, günlük rutin işleri yaparken bile kolayca yorulma, çarpıntı ve düzensiz nabız hissedilmesi.^{32, 71}

Girişimler Sonucunda; Bireyin hastalık süreci, tedavi rejimi, ilaç, beslenme, egzersiz ve koruyucu sağlık davranışlarına ilişkin bilgi düzeyinin artırılması ve sağlığı koruma davranışlarını edinmesi hedeflenir.¹⁰¹

1.6. Akut Ağrı: Bir saniyeden uzun, 6 aydan kısa bir süredir rahatsızlık duygusu veya şiddetli rahatsızlığı olduğunu dile getiren ve bunu yaşayan kişideki durumdur.^{96(s.368)} KY, kardiyak doku perfüzyonunda bozulma, vazospazm, vazodilatasyon, flebitler, immobilité ve invaziv girişimlere bağlı meydana gelebilir.^{96, 100}

Belirti ve Bulgular; Bireyin sözel ağrı ifade etmesi, yüzünde ağrı ifadesinin olması, ağlama ve inlemesi, kan basıncı, solunum hızı ve nabzında artış olmasıdır.⁹⁶

Akut Ağrıya Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Ağrı Yönetimi, İlaç Tedavisinin Yönetimi, İlaç Uygulama, Emosyonel Destek)

Aktiviteler;

Ağrı düzeyi, nasıl başladığı, niteliği, yeri, süresi, yayılımı, şiddetini artıran-azaltan etkenler, beraberindeki belirti ve bulgular gözden geçirilir. Göğüs ağrısı var ise 12 derivasyonlu EKG çekilir.^{96, 100}

Hekimle işbirliği yapılarak oksijen, analjezik, antianginal ilaçları uygulanır ve 30 dk sonra etkinliği değerlendirilir.^{96, 100}

Gerekli tanı testlerinin yapılması sağlanır ve nedenleri bireye açıklanır.^{96, 100}

Vital bulguları kontrol edilir ve ağrının nedeni ne kadar sürebileceği bireye açıklanır. Ağrının şiddetindeki artma ve azalmayı bildirmesi için birey bilgilendirilir ve cesaretlendirilir.^{96, 100}

Gün boyunca dinlenme fırsatları ve gece kesintisiz uyku sağlanır.^{96, 100}

Kafein ve çay alımı kısıtlanır.^{96, 100}

Ağrıyı azaltan invazif olmayan önlemler (ritmik şekilde nefes alma ya da derin nefes alıp verme, yumrukları sıkma germe gibi) öğretilir.^{96, 100}

Bireye fowler pozisyonu verilir, sakın bir ortam sağlanıp yalnız bırakılmaz.^{96, 100}

Girişimler Sonucunda; Bireyin ağrı seviyesinin düşürülmesi/ ortadan kaldırılması ya da tolere edebileceği düzeye çekilmesi ve ağrı ile başetmesinin desteklenmesi hedeflenir.¹⁰¹

1.7. Anksiyete: Belirsiz spesifik olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sistemi aktive olan ve huzurluk yaşayan birey ya da grubun durumudur.^{43, 96} Yetersiz doku perfüzyonu, dispne, hastanede bulunma, alışık olunmayan ortam, ölüm korkusu, yaşa bağlı duyusal ve motor kayıplar, finansal kaygılar, tanı ve tedaviye yönelik bilgi eksikliğine bağlı gelişebilir.^{7, 96, 97, 103}

Belirti ve Bulgular; Bireyde taşikardi, dispne, huzursuzluk, uykusuzluk, sinirlilik, iştahsızlık, bulantı, diyare, tırnak ısırma, ellerini sıkma, ağlama, dalgınlık, sabırsızlık, başkalarını suçlama, kendine güvensizlik, kötü bir şey olacağını bekleme, unutkanlık, öğrenme yeterliliğinde azalma, aşırı dikkatlilik olmasıdır.^{7, 96, 97, 103}

Anksiyete Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Anksiyete Yönetimi)

Aktiviteler;

Bireyin anksiyete düzeyi belirlenir (hafif, orta, şiddetli, panik). Sakin güven verici bir yaklaşım kullanılır, sessiz ve rahat bir ortam sağlanır.⁹⁶

Ünite ve uygulamalar, dispnenin varlığı, tedavisi hakkında bilgilendirilir.^{96, 97}

Ailesi ya da yakın olduğu kişiler imkanlar ölçüsünde bakımına dahil edilir.^{96, 97}

Duygularını açıklaması için fırsat verilir. Bireyin anksiyetesini tanımasına terapötik iletişim teknikleri kullanılarak yardım edilir.^{7, 96, 97}

Bireyde anksiyete yaratan durum kaçınılmaz olduğunda kullanabileceği anksiyete kesme teknikleri (uzağa yukarı bakmak, kontrollü nefes, omuzların aşağı düşürülmesi, yavaş düşünme, ses tonunu değiştirme, kendine komut verme, egzersiz, yüz mimiklerini değiştirme, bakış açısını değiştirme, kendini uzaktan izliyormuşçasına hayal etme gibi) öğretilir.⁹⁶

Girişimler sonucunda; Bireyin anksiyete düzeyinin azaltılması ve baş etme davranışlarını geliştirmesi hedeflenir.^{96, 101}

1.8. Tanımlanan Rejime Uyumda Güçlük: Sağlık personeli tarafından verilen sağlıkla ilgili önerilere uymak isteyen, ancak engelleyen faktörlerin bulunması nedeniyle bunu yapamayan bir birey ya da gruptaki durumdur.^{96 (s.466)} Karmaşık ve uzun süren tedavi, anksiyete, yorgunluk ve motivasyon azlığı, bilgi eksikliği, mobilite problemleri, ailenin, arkadaşların ve toplumun destekleyici olmamasına bağlı gelişebilir.^{96, 100}

Belirti ve Bulgular; Bireyde kullanılmamış ya da kısmen kullanılmış ilaçların bulunması, KY semptomlarının devam etmesi, hastalığın şiddetinin artması, sözel olarak uyumda güçlük yaşanıldığının ifade edilmesidir.⁹⁶

Tanımlanan Rejime Uyumda Güçlük Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(Sağlık Eğitimi, Baş Etmenin Güçlendirilmesi)

Aktiviteler;

Açık uçlu sorularla birey sağlık bakım deneyimleri (hospitalizasyonlar, ailede ölümler, tanısal testler vb.) hakkında konuşmak için cesaretlendirilir ve endişelerini ifade etmesi sağlanır. Örneğin; Bu ilacı alma konusunda endişeleriniz nelerdir? ^{96, 100}

Tanımlanan tedavinin problem yaratan unsurları (zaman, maliyet, karmaşıklık, uygunluk, kullanım rahatlığı, yan etkiler) değerlendirilir.^{96, 100}

Bireyin yaşam şeklindeki son değişimleri (kişisel, iş yaşamı, aile, sağlık, finansal) değerlendirilir.^{96, 100}

Tanımlanan rejime uymanın yararları ve riskleri bireyle tartışılır. Karar verme sürecinde desteklenir, uyuma ilişkin ortak hedefler belirlenir ve var olan sağlık sistemi konusunda rehberlik edilir.^{96, 100}

Bireyin tanımlanan rejimin tamamını ya da bir kısmını kabul etme veya reddetme hakkına saygı duyulur ve bu bireye ifade edilir.^{96, 100}

Girişimler Sonucunda; Bireyin tanımlanan rejime uyum davranışlarının artırılması hedeflenir.^{96, 101}

2-İletişim Aktivitesi

2.1. Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma: Normalde destekleyici olan, ancak işlev görme yeteneğini etkileyen bir stres yaşayan ya da yaşama riski taşıyan bir ailedeki durumdur. Hastanede yatma ve tedavi sürecinin uzun süreli olmasına bağlı gelişebilir.^{96, 100}

Belirti ve Bulgular; Aile üyelerinin kendi aralarında açık ve etkili iletişimde bulunamaması ve tüm aile üyelerinin fiziksel, emosyonel ve spritüel gereksinimlerinin karşılanamamasıdır.⁹⁶

Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Ailenin Bakıma Katılımının Geliştirilmesi, Ailenin Desteklenmesi, Aile Bütünlüğünün Geliştirilmesi)

Aktiviteler;

Aile içi destekleyici ve özel bir ortam oluşturulur ve ailenin durumu değerlendirmesine yardım edilir.⁹⁶

Ailenin güçlü yönleri vurgulanır, imkanlar dahilinde aile üyeleri bireyin bakımına dahil edilir ve zamanla hasta bireyin bakımını üstlenecek hale gelmeleri için cesaretlendirilir.^{96, 100}

Hastalık sürecinde aileye gereksinim duyabileceği rehberlik sağlanır. Ailenin hasta bireyden beklentilerini gerçekçi bir şekilde değiştirmeleri için aile üyelerine yardım edilir.^{96, 100}

Hastalık deneyiminin doğal bir parçası olan depresyon, anksiyete ve bağımlılık belirtileri konusunda aile üyeleri bilgilendirilir.⁹⁶

Hemşireliğin alanı dışında problemler varsa diğer sağlık çalışanlarından, sosyal hizmet uzmanı, klinik psikolog, psikiyatrist yardımı alınması sağlanır.⁹⁶

Girişimler Sonucunda; Ailenin baş etme yeteneğinin artırılması hedeflenir.¹⁰¹

3-Solunum Aktivitesi

3.1. Kardiyak Output'da Azalma: Kalbin vücuda pompaladığı kanın dokuların gereksinimini karşılayamayacak kadar azalması ve kalp fonksiyonlarında bozukluğa yol açması durumudur.^{43(s.240)} Miyokard kasılmasında değişim, inotropik değişiklikler, hız, ritim, elektriksel iletim değişiklikleri, kapak defektleri ve ventriküler anevrizma gibi yapısal değişikliklere bağlı olarak gelişebilir.^{7, 96, 97, 103}

Belirti ve Bulguları; Taşikardi, aritmiler, EKG değişiklikleri, hipotansiyon/hipertansiyon, ekstra kalp sesleri (S₃, S₄), idrar çıkışının 30 ml/st'den az olması, periferik nabızlarda azalma, soğuk/kül rengi cilt ve terleme, jugüler venöz distansiyon, ortopne, hışıltılı solunum, dispne, taşipne, karaciğerde büyüme, ödem, göğüs ağrısı, huzursuzluk, mental durumda değişiklik, yorgunluk ve halsizliktir.^{96, 97, 103}

Kardiyak Output'da Azalma Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(Kardiyak Bakım, Kardiyak Risk Yönetimi, İlaç Tedavisinin Yönetimi, İlaç Uygulama)

Aktiviteler;

Aritmiler kayıt altına alınır. Kalp sesleri dinlenir ve kan basıncı takip edilir. Özellikle taşikardi, hipotansiyon, nabız kaybı ve aritmilere ilişkin hekim bilgilendirilir.¹⁰³

Periferik nabızlar kontrol edilir, bacaklar azalmış ayak nabızı, ödem, lokal kızarıklık veya ekstremitenin solukluğu açısından kontrol edilir.^{7, 96, 97}

Solukluk ve siyanoz, uyuşukluk, konfüzyon, oryantasyon bozukluğu gibi hipoksemi belirti ve bulguları takip edilir.^{1, 97, 103}

Uygun pozisyon verilir ve hekim işbirliği ile O₂ uygulanır. Emosyonel ve fiziksel dinlenme önlemleri alınır.^{7, 103}

Aldığı çıkardığı sıvı, santral venöz basınç (CVP) ve günlük kilo takibi yapılır. Ödem belirti ve bulguları ve derecesi değerlendirilir (dispnenin artması, sakrum ve alt ekstremitelerde ödem).^{1, 7, 103}

Dehidratasyon bulguları (susuzluk hissi, ciltte ve mukoz membranlarda kuruluk, idrar miktarında azalma, yorgunluk, kan üre azotu/BUN ve hematokrit değerlerinde artma) değerlendirilir.^{1, 7, 103}

Hekim isteminde yer alan ilaç tedavisi uygulanır ve terapötik/ yan etkileri izlenir ve kayıt altına alınır.^{7, 103}

Öz yönetim davranışlarını (kalp yükünü azaltma faaliyetlerine katılmak, ıkınmak ve valsalva manevrasından uzak durmak, sıvı alımına dikkat etmek, komod vb. yardımcı araçların kullanımına uyum sağlamak) kazanması için birey desteklenir.^{96, 97}

Girişimler Sonucunda; Kardiak pompa etkililiğinin (solunum seslerinin iyileşmesi, periferik nabızların alınması, solunum sayısının 12-20/dk arasında olması, dispne, ortopne durumunun düzelmesi, ödemin azalması veya kaybolması) artırılması ve bireyin öz yönetim davranışlarını kazanması hedeflenir.^{96, 101}

3.2. Gaz Alış Verişinde Bozulma/Bozulma Riski: Akciğer alveolleri ve vasküler sistem arasındaki gaz geçişinde mevcut ya da potansiyel bir azalma olması durumudur.^{96, 97} Akciğer intertisyumunda ve alveollerinde sıvı birikmesi, plevral efüzyon, azalmış mobilite ve peritoneal sıvı birikimi ve diafragma üzerine olan basınçta artmaya bağlı gelişebilir.^{1, 96, 103}

Belirti ve Bulguları; Hızlı, yüzeysel, düzensiz solunum, dispne, ortopne, soluk alırken yardımcı solunum kaslarının kullanılması, kuru öksürük veya kanlı köpüklü balgamın olmasıdır. Ayrıca huzursuzluk, konfüzyon, uyku hali, santral siyanoz, PaO₂'nin düşmesi (normal değeri; 80-100 mmHg) /PaCO₂'nin yükselmesi (normal değeri 35-45 mmHg)/ SaO₂ 'nin düşmesidir (normal değeri % 95-100).¹⁰³

Gaz Alış Verişinde Bozulma/Bozulma Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (*Hava Yolu Aspirasyonu, Hava Yolu Yönetimi, Oksijen Tedavisi, İlaç Yönetimi ve Uygulaması*)

Aktiviteler;

Solunum sayısı ve ritmi değerlendirilir. Kardiyak output'u arttıran girişimler (korku ve anksiyeteyi azaltma, yatak başını 20-30 derece yükseltme, kolları yastıklarla destekleme gibi) (hava uygulanır.^{97, 103}

Hekiminin de onayı ile oksijen inhalasyonu sürdürülür. Her 1-2 saatte bir bireyin pozisyon değişimi sağlanır. Derin solunum ve etkili öksürme egzersizleri öğretilir.¹⁰³

Serebral hipoksemiye ilişkin anksiyete, huzursuzluk gibi belirtiler izlenir ve periferler nabız, ısı, renk açısından kontrol edilir.¹⁰³

Entübasyon olasılığı düşünülerek gerekli acil ilaçlar ve araç gereç hazır bulundurulur. Hastanın entübe olması halinde yatak başı yükseltilir ve 2-4 saatte bir aspirasyon sağlanır.^{96, 103}

Girişimler Sonucunda; Bireydeki gaz alışverişindeki bozulma durumunun erken

fark edilmesi ve etkili gaz alışverişinin sürdürülmesi hedeflenir.^{96, 101}

3.3. Aktivite İntoleransı: Fizyolojik, psikolojik ya da çevresel faktörler nedeniyle oksijen tüketiminin/ enerji kullanımının artması ya da oksijen sağlanmasında azalmaya bağlı bireyin aktivite kapasitesinin değişmesi durumudur.^{43(s.278)} Alveollerde gaz değişiminin bozulması ve kardiyak output'un azalması nedeniyle doku hipoksisi, dispne, sık tanılama ve tedaviler, yetersiz beslenme ayrıca korkuya, anksiyeteye bağlı dinlenme ve uyuma güçlüğüne, genel yorgunluğa, uzamış yatak istirahatine ve halsizliğe bağlı gelişebilir.^{1, 96, 103}

Belirti ve Bulguları; Halsizlik, yorgunluk ifadesi, vital bulgularda değişiklik, aritmilerin varlığı, dispne, baş dönmesi, solgunluk ve terleme, aktiviteye bağlı kan basıncında değişiklikler.^{1,96, 103}

Aktivite İntoleransı Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Enerji Yönetimi, Egzersiz Geliştirme, Uykunun Güçlendirilmesi, Ortak Amaç Belirleme)

Aktiviteler;

Bireyin kan basıncı, nabızı, solunum özellikleri (hız, ritim, derinlik), bilinci, kendi değerlendirmesiyle enerji ve gücüne ilişkin sözel ifadesi dikkate alınarak aktivite toleransı değerlendirilir.^{96, 103}

Yorgunluğa neden olabilecek anemi, kaşeksi, ağrı, depresyon gibi durumlar değerlendirilir.^{96, 103}

Hemşirelik girişimleri hastanın dinlenmesine imkan verecek biçimde organize edilir ve öz bakım aktivitelerinde yardım sağlanır.^{96, 103}

Birey aktivite halinde iken baş dönmesi, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, ya da çok fazla yorgunluk, halsizlik hissederse derhal faaliyeti bırakmasına ilişkin bilgilendirilir.^{96, 103}

Aktivite kısıtlamaları hekim istemine göre sürdürülür ve aktiviteler kademeli

olarak arttırılır.^{96, 103}

Girişimler Sonucunda; Bireyin aktivite tolerans düzeyinin arttırılması (azalmış yorgunluk ve güçsüzlük, aktivite boyunca vital bulguların kabul edilebilir sınırlar içinde olması) hedeflenir.^{96, 101, 103}

3.4. Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik; Hava yollarındaki sekresyonun atılamaması ya da bir tıkanma nedeniyle solunum yolu açıklığının yetersiz olması durumudur. Uzun süreli yatak istirahati, hareketsizlik, sekresyonların stazı ve etkisiz öksürme şekli, anksiyete, yorgunluk ve enfeksiyonlara bağlı gelişebilir.^{96, 100}

Belirti ve Bulguları; Etkisiz öksürme ya da hiç öksürememe, sekresyonları çıkaramama, anormal solunum sesleri, anormal solunum hızı, ritmi ve derinliğidir.⁹⁶

Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(Öksürmenin Güçlendirilmesi, Hava Yolunun Temizlenmesi, Pozisyon Verme)

Aktiviteler;

Hastanın hava yolu temizlenir, bireyde KOAH var ise, büzük dudak ve diyafragmatik solunum kullanmaya cesaretlendirilir.^{96, 100}

Saat başı pozisyon değişimi sağlanır, eğer yürüyemiyorsa, günde birkaç kez, yatağın dışına çıkması ve sandalyede oturması için bir program oluşturulur (yemeklerden sonra bir saat ve yatmadan önce bir saat gibi), aktiviteler kademe kademe arttırılır.^{96, 100}

Sıvı kısıtlamasına uygun gerekli sıvı alımı ve ortamın nem oranının yeterli olması sağlanır.^{96, 100}

Girişimler Sonucunda; Hastanın etkili hava yolu temizliğini yapması ve normal solunumunu sürmesi hedeflenir.^{96, 101}

4-Yeme İçme Aktivitesi

4.1. Vücut Gereksiniminden Daha Az Beslenme: Ağızdan beslenmesinde bir engel olmayan, kilo kaybı ile birlikte ya da kilo kaybı olmaksızın metabolik gereksinimlerine göre besin alımı ya da metabolizması yetersiz kalan bir bireydeki durumdur. ^{96(s.431)} Doku perfüzyonunda azalma sonucu besin emiliminin bozulması, oral beslenmenin azalması, iştahsızlık, bulantı, halsizlik, yorgunluk, dispne ve tavsiye edilen diyeti sevmemeye bağlı gelişebilir. ^{96, 103}

Belirti ve Bulguları; Normal vücut ağırlığının altında olmak, yorgunluk, halsizlik, hassasiyet, inflamasyonlu oral mukoz membran, soluk/solgun konjunktiva, BUN’da artma, serum albumin, hematokrit, hemoglobin ve lenfosit değerlerinde azalmadır. ^{96, 103}

Vücut Gereksinimlerinden Daha Az Beslenme Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (*Beslenme Yönetimi, Diyetin Yeterliliğinin İzlenmesi, Beslenme Danışmanlığı*)

Aktiviteler;

Malnutrisyon belirti ve bulguları değerlendirilir. Bireyin aldığı hem ana hem de ara öğünlerin miktarı ve yüzdesi takip edilerek yetersiz alım düzeyi tespit edilir. ^{96, 103}

Bireyin sevdiği besinler dikkate alınarak gereksinimlerini karşılayacak yiyecek ve sıvıları seçmede bireye yardım edilir. ^{96, 103}

Bireyin aldığı öğünlerin gerekli besinler açısından zengin ve dengeli olmasına dikkat edilir. Hekiminin önerisine göre vitamin ve mineraller verilir. ^{96, 103}

Besinleri daha lezzetli yapmak için tuz yerine baharat, çeşni, limon suyu, nane, reyhan, tarçın, kekik vb. kullanması sağlanır ve bu konuda bilgilendirilir. ^{96, 103}

İzin verildiği ve tolere edebildiği ölçüde aktiviteleri artırılır (aktivite iştah arttırabilir, iyilik hissini geliştirebilir). Yorgunluk seviyesini azaltmaya yönelik

öğünlerden önce dinlenme zamanları planlanır ve uygulaması için desteklenir.^{96, 103}

Temiz bir çevre ve rahat bir ortam oluşturulur, öğünlerden önce ve sonra oral hijyen sağlanır, ağırlı ya da hoş olmayan işlemler yemek öncesinde planlanmaz.^{96, 103}

Birey yemek yerken Fowler pozisyonuna getirilir ve büyük öğünler yerine sık ve küçük öğünlerle beslenmesi sağlanır.^{96, 103}

Yemek esnasında erken doyma hissi oluşmaması için öğünlerde sıvı alımı sınırlandırılır.^{96, 103}

Birey normal yollarla beslenme gereksinimini karşılayamıyorsa beslenmeyi sağlayacak farklı bir seçeneğin başlanması sağlanır.¹⁰³

Girişimler Sonucunda; Bireyin gereksinimlerini karşılayacak şekilde beslenmesi ve aktivite toleransının artırılması hedeflenir.^{96, 101}

4.2. Kendi Kendine Beslenmede Eksiklik: Bireyin yeme aktivitesini yerine getirebilme ya da bu aktiviteyi tamamlayabilme yeteneğinde bozulma olması durumudur. Yaşa bağlı görsel ve motor yeteneklerde azalma, kas zayıflığı, yorgunluk, anksiyete, ağrı ve motivasyon eksikliğine bağlı gelişebilir.^{96 100}

Belirti ve Bulguları; Besinleri kesememe ya da paketleri açamamak, besini ağıza götürememek ve yardım istemektir.⁹⁶

Kendi Kendine Beslenmede Eksiklik Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(Beslenmede Öz-Bakıma Yardımcı Olma)

Aktiviteler;

Bireye var olan kısıtlılıkları ölçüsünde en rahat edeceği pozisyon verilir, dik oturtulur, yemek masası mümkün olduğunca yaklaştırılır.⁹⁶

Bağımsızlığını desteklemek için ekmek, meyve gibi elle tutularak yenilebilen gıdaları yemeye cesaretlendirilir.⁹⁶

Kayıp düşmeyecek uygun koruyucu tabak, kase ve bardak altlıkları, güvenli

kavramayı sağlayan kulpları olan tabak, kase ve bardaklar kullanılır. Yemek tabaklarını kavramaya yardımcı el ve bileği destekleyen klempili tespit tahtalarının kullanılması sağlanır.⁹⁶

Birey yardımcı araç gerece ve desteklere rağmen kendi kendine yemeğini yiyemiyorsa yeterli hale gelinceye kadar yemeği izni alınarak yedirilir.⁹⁶

Girişimler Sonucunda; Bireyin beslenme gereksiniminin karşılanması ve bu konudaki bağımsızlığının artırılması hedeflenir.^{96, 101}

5-Boşaltım Aktivitesi

5.1. Sıvı Volüm Fazlalığı: İntrasellüler ya da intertisiyel sıvı yüklenmesi olan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur. Renal kan akımının azalması sonucu antidiüretik hormon (ADH) ve aldosteron seviyesinin yükselmesiyle sıvı volümünde artışa ve onkotik basınçta azalmaya bağlı ortaya çıkabilir.^{1, 96, 97, 103}

Belirti ve Bulgular; Günde 1-2 kilo alınması, ödem, solunum sıkıntısı, anormal solunum sesleri (raller), boyun venlerinde dolgunluk, CVP’de - PCWP (Pulmoner kapiller wedge basıncı)’de artma, asit/hepatojuguler reflü, hepatomegali/sağ üst kadranda ağrı, idrar miktarında azalma, ortopne, S₃ kalp sesi ve HT’dir.^{1, 96, 97, 103}

Sıvı Volüm Fazlalığına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Sıvı Yönetimi, Sıvı İzlemi, Deri Gözetimi)

Aktiviteler;

Sıvı volüm fazlalığı belirti ve bulguları değerlendirilir. 24 saatlik AÇT yapılır, diüretik tedavinin hipovolemi gibi yan etkileri takip edilir.⁹⁶

Karın çevresi ölçümü yapılır, boyun venleri ve periferik venler dolgunluk yönünden değerlendirilir. Bacaklar, ayaklar, tibia ve sakrum palpasyonla kontrol edilerek ödemin varlığı ve düzeyi tespit edilir. Gerekirse birey CVP uygulaması için hazırlanır, CVP mevcutsa takibi yapılır.^{1, 96, 97, 103}

Hasta akciğer ödemi belirtileri yönünden (azalmış solunum sesleri, raller ve hışıltılı solunum sesleri, artan nefes darlığı, takipne, ortopne, PNP ve inatçı öksürük) takip edilir. ^{1, 96, 97, 103}

Sıvı ve sodyum kısıtlaması, bireyin kabul edebileceği ve kalori ihtiyacını karşılayan sodyum kısıtlı diyet uygulanır. ^{1, 96, 97, 103}

Sık pozisyon değişimi yapılır, hasta otururken ayakları yükseltilir, cilt yüzeyi gözlemlenir, kuru tutulur, ekstremiteler yastıkla desteklenir. Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilir. ^{1, 96, 97, 103}

Hastanın ilaç tedavisinde yer alan ilaçları uygulanır ve hipopotasemi, hiponatremi, hipomagnezemi, artan uyuşukluk, hipotansiyon ve kas krampları gibi yan etkileri takip edilir. ^{1, 96, 97, 103}

Kardiak output'u arttırmaya yönelik invazif girişimlerinin (torasentez, parasentez, hemofiltrasyon) organizasyonu yapılır. ^{1, 96, 97, 103}

İlerlemiş KY' de meydana gelen visseral konjesyon GIS fonksiyonlarını değiştirebilir bu nedenle bağırsak sesleri değerlendirilir, iştahsızlık, bulantı, abdominal gerginlik ve konstipasyon şikayetleri kontrol edilir. ^{1, 96, 97, 103}

Azalmış mide hareketliliği sindirimi ve emilimi olumsuz etkilediği için hastanın sindirimini güçlendiren abdominal rahatsızlıkları önleyen, kolay sindirilebilir besinlerle, sık aralıklar ve küçük porsiyonlarla beslenmesi sağlanır. ^{1, 96, 97, 103}

Duyguların ya da endişelerin ifade edilmesi enerji boşalmasını sağlayarak stresi ve anksiyeteyi, yorgunluğu azaltmada katkı sağlayabilir bu nedenle hasta sınırlılıkları ile ilgili duygularını dile getirmeye teşvik edilir. ^{1, 96, 97, 103}

Girişimler Sonucunda; Bireyin sıvı dengesini sağlaması hedeflenir. ^{96, 101}

5.2. Elektrolit Dengesizliği Riski: Sıvı elektrolit düzeylerinde sağlıklı bozacak şekilde değişim olma riski taşıyan bir bireydeki durumdur. ^{96(s.193)} Bütün vücut

sıvılarının artmasıyla dilüe elektrolit konsantrasyonuna, diüretik tedavi ile vücuttan suyla birlikte sodyum ve potasyumun aşırı kaybedilmesine, düşük sodyumlu diyetle, renal yetmezliğe, potasyum tutucu diüretiklere bağlı ortaya çıkabilir.^{1, 96, 97, 103}

Belirti ve Bulgular; Serum elektrolit seviyelerinde normalin (serum magnezyum düzeyi: 1.3-2.4 mEq/L-serum sodyum düzeyi: 135-145 mEq/L-serum potasyum düzeyi: 3.8-5 mEq/L-serum kalsiyum düzeyi: 8.5-10.5 mEq/L serum fosfat düzeyi:125-300 mEq/L-serum klor düzeyi: 98-108 mEq/L) dışındaki sapmalardır.^{1, 96, 97, 103}

Elektrolit Dengesizliği Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(*Elektrolit Yönetimi, Elektrolit İzlemi, kardiyak Risk Yönetimi*)

Aktiviteler;

Hiperpotasemi belirtileri (halsizlik, güçsüzlük, gevşek paralizi, kaslarda iritabilite, paresteziler, bulantı, abdominal kramplar, diyare, oligüri, EKG değişiklikleri (uzamış genişlemiş T, ST depresyonu, QRS kompleksinde genişleme, bloklar) takip edilir.^{96, 103}

Hiperpotasemisi olan bireyde, potasyumdan zengin yiyecekler (muz, kayısı, patates, ıspanak vb.), sıvılar ve IV mayiler kısıtlanır. Kas tonüsünü artırmak ve krampları azaltmak için ROM (Range Of Motion) egzersizleri yaptırılır. Serum potasyum düzeyini düşürecek ilaçlar istem ve protokollere uygun şekilde uygulanır.⁹⁶

Hipopotasemi belirti ve bulguları halsizlik, güçsüzlük, gevşek paralizi, derin tendon reflekslerinin azalması ya da olmaması, hipoventilasyon, bilinç değişiklikleri, poliüri, hipotansiyon, paralitik ileus (abdominal gerginlik- gaz), EKG değişiklikleri (U dalgaları, düşük voltajlı inverted TT dalgaları, uzamış QT aralığı, aritmiler, ventriküler erken atımlar gibi) takip edilir.^{96, 103}

Hipopotasemisi olan birey, potasyumdan zengin yiyecekler almaya teşvik edilir, eğer paranteral potasyum replasmanı yapılacaksa yetişkinde 10 mEq/saat dozu

geçilmez, IV giriş yeri infiltrasyon açısından takip edilir.⁹⁶

Hipernatremi belirti ve bulguları susuzluk, idrar miktarında azalma, ajitasyondan konvülsiyona kadar değişebilen SSS (Santral Sinir Sistemi) etkilenimi, serum osmolaritesinde yükselme, kiloda artma, ödem, kan basıncında yükselme, taşikardi, göz kürelerinde yumuşama açısından hasta takip edilir.^{96, 103}

Hipernatremisi olan bireyde; istem ve protokole uygun sıvı replasman tedavisi başlatılır ve etkileri takip edilir (hızlı bir düşüş serebral ödeme ve nöbetlere neden olabilir), aldığı-çıkarıldığı ve nöbetler açısından birey takip edilir.^{96, 103}

Hiponatremi belirti ve bulguları; Letarjiden komaya, baş ağrısına kadar geniş kapsamda SSS etkilenimi (güçsüzlük, halsizlik, abdominal ağrı, kaslarda çekilme, seğirme, bulantı, kusma, diyare, tedirginlik, huzursuzluk), serum Na⁺ 137 mEq/L'dan az olması, idrar yoğunluğunun 1010'nun altına düşmesi açısından hasta takip edilir.^{96, 103}

Hiponatremisi olan hastada hekim istemine göre diüretik tedavi durdurulur ve IV sodyum klorür solüsyonu başlatılır.^{96, 103}

Hipermagnezemi belirti ve bulguları kan basıncında düşme, solunumda azalma, ateş basması, kaslarda güçsüzlük, EKG'de T dalgalarında yükselme takip edilir.^{96, 103}

Hipermagnezemisi olan bireyde solunum depresyonu ihtimali için hazırlıklı olunur ve gerekli ise hemodiyaliz işlemi için uygulamalar organize edilir.^{96, 103}

Hipomagnezemi belirti ve bulguları; Yutma güçlüğü (disfaji), bulantı, anoreksiya, kaslarda güçsüzlük, yüzde tikler, yavaş istemsiz bükülme hareketleri (atetoid), konfüzyon, EKG değişiklikleri (torsade de pointes, düz ya da ters dönmüş T dalgaları, QT aralığında uzama, taşikardi, ST depresyonu) varlığı açısından hasta takip edilir.^{96, 103}

Hipomagnezemisi olan bireyde magnezyum sülfat replasmanı isteme ve protokole uygun şekilde başlatılır. Eğer hafif düzeyde bir eksiklik var ise diyetle

desteklenir (ıspanak, taze fasulye, kişniş, adaçayı, nane, keten tohumu, badem vb.).

Nöbet önlemleri alınır ve hasta travmalardan korunur.^{96, 103}

Girişimler Sonucunda; Elektrolit dengesinin sürdürülmesi ve normal dışı durumların erken evrede tespit edilmesi hedeflenir.^{96, 101}

5.3. Konstipasyon/ Riski: Dışkılama sıklığının haftada iki ya da daha az olmasına ve/veya kuru, sert dışkıya yol açacak şekilde kalın bağırsağında staz riski taşıyan bireydeki durumdur. İmmobilite, egzersiz eksikliği, düzensiz dışkılama alışkanlığı, lifsiz diyet, kardiyak ağrı korkusu, yetersiz sıvı alımı, ilaç tedavisine (aspirin, diüretikler gibi) bağlı meydana gelebilir.^{96 (s.288)}

Belirti ve Bulguları; Defekasyonun haftada 3 defadan daha az olması, katı ve şekilli gaita, uzun sürede ve güç defekasyon, barsak seslerinde azalma, rektal dolgunluk ve rektumda basınç hissetme, defekasyonda ağrı ve zorlanma, fekal tıkaç palpasyonu, yetersiz boşaltım hissinin varlığıdır.⁹⁶

Konstipasyon/ Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Barsak Yönetimi, Konstipasyon Yönetimi)

Aktiviteler;

Hastanın günlük normal bir barsak hareketi için 800 gr sebze ve meyve (4 tane meyve ve bol salata) ve gereksinimine uygun sıvı alması sağlanır.^{96, 100}

Kahve tüketimi sınırlanır, kahvaltıdan 30 dk. önce bir su bardağı ılık su içmesi sağlanır.⁹⁶

Boşaltım için düzenli zaman ayırmaya ve bunu alışkanlık haline getirmeye teşvik edilir (her gün aynı saatte ve defekasyon ihtiyacı olsun olmasın bir süre klozet, komod ya da sürgüde beklemek), defekasyonu ertelememenin önemi vurgulanır.^{96, 100}

KY'nin atak döneminde ise vagal uyarıya sebep olacağı için bireyin ıkmması önlenir ve vasovagal cevap yönünden (baş dönmesi, hipotansiyon, bradikardi) takip

edilir.^{96, 97}

Düzenli egzersizin önemi bireye ve ailesine vurgulanır.⁹⁶

Eğer hareket kısıtlaması varsa; hastaya günde 3-4 kez yatakta uzanarak ya da sandalyede oturarak her iki dizini sıra ile göğüse doğru çekip bırakma (10-20 kez), günde 6-10 kez yatakta uzanırken ya da sandalyede oturarak vücudunu bir taraftan diğer tarafa döndürme (10-20 kez) şeklindeki egzersizler yaptırılır ve öğretilir.⁹⁶

Girişimler Sonucunda; Bireyin bağırsak boşaltımının ve yeterli hidrasyonunun sağlanması hedeflenir.^{96, 101}

6-Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

6.1. Deri Bütünlüğünde Bozulma/Riski: Bireyde, epiderm ve/veya derm tabakasının bozulması ya da bozulma riskinin olması durumudur.^{43(s.336)} Uzun süren yatak istirahati, azalmış doku perfüzyonu, ödem ve yetersiz beslenmeye, üriner ve fekal inkontinansa bağlı meydana gelebilir.^{96, 97}

Belirti ve Bulguları; Epidermal ve dermal dokuda bozulma, yaralanma, deride soyulma, eritem, lezyonlar, kaşıntı (özellikle kemik çıkıntıları, ödem alanları ve basınç bölgelerinde) varlığıdır.^{96, 97}

Deri Bütünlüğünde Bozulma/Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(*Deri Gözetimi, Pozisyon Verme, Beslenme Yönetimi, Bası Yönetimi, Bası Yaralarının Önlenmesi*)

Aktiviteler;

Bireyin cildi belirti ve bulgular açısından gözlemlenir.^{96, 97}

Sodyum ve sıvı kısıtlamasına uygun şekilde yeterli hidrasyon ve beslenme sağlanır.^{96, 97}

Pozitif nitrojen dengesini sürdürmek için protein ve karbonhidrat alımı artırılır, kilo takibi yapılır ve haftada bir kez serum albümin düzeyi takip edilir.^{96, 97}

Ağızda mukoz membranların nemliliği ve idrar dansitesi kontrol edilir.

Mesanenin boşaltılması için bir program oluşturulur, birey inkontinans açısından değerlendirilir. İnkontinans gerçekleşmişse perine deri pH'sını değiştirmeyen ürünlerle temizlenir ve kuru tutulur.^{96, 97}

ROM egzersizleri ve mümkünse ağırlık kaldırmak için cesaretlendirilir.

Bireyin durumuna göre 30 dk-2 saat aralıklarla pozisyon değişimi yapılır ve bireye önemi anlatılır, kendi kendine yapması için teşvik edilir.^{96, 97}

Birey yatak içinde hareket ettirilirken çekme ve kaydırma yerine yeterli sayıda kişi ile kaldırılarak hareket ettirilir.^{96, 97}

Her döndürmede basınç alanları, eritem ve beyazlık yönünden gözlemlenir, doku esnekliği ve sıcaklığı palpasyonla kontrol edilir. Kızarıklık alanlar ve kemik çıkıntılar üzeri ovulmaz, sürtmeler engellenir.^{96, 97}

Sentetik kıyafet ve yatak takımları yerine, pamuklu olanlar tercih edilir ve temiz, kuru kırıksız olması sağlanır. Önlem olarak koruyucu yataklar ve destek için küçük yastıklar kullanılabilir.^{96, 97}

Girişimler Sonucunda; Bireyin deri bütünlüğünün sürdürülmesi ve bası yaralarının açılmaması hedeflenir.^{96, 101}

6.2. Oral Mukoz Membranlarda Bozulma/ Riski: Oral kavitede bir değişim/hasar bulunan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur. Ağız solunumu, ilaç tedavisi, yetersiz oral hijyen ve bu konuda bilgi eksikliği, kırılmış ya da çentikli sivri uçlu dişler, uyumsuz diş protezleri ve periodontal hastalıklara bağlı olarak gelişebilir.⁹⁶
(s.315)

Belirti ve Bulguları; Oral mukoz membranda açılma olması, dilde tabakalar oluşması, ağız kuruluğu ve tat değişimleridir.⁹⁶

Oral Mukoz Membranlarda Bozulma/ Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik

Girişimleri (Ağız Sağlığının Sürdürülmesi)

Aktiviteler;

Hastanın oral hijyeni yerine getirme yeterliliği gözlemlenir, bakımını yapamayan bireylere yardım edilir /ağız bakımı (dişleri, protezleri yemeklerden sonra ve uyumadan önce temizlenir/ fırçalanır, her 24 saatte bir diş ipi kullanılır) sağlanır.⁹⁶

Ağız boşluğu lezyonlar, ağrı ya da aşırı kanama yönünden takip edilir.^{96, 100}

Hasta ticari ağız solüsyonlarından, turunc grubu meyve sularından, aşırı baharatlı ve tuzlu besinlerden, aşırı sıcak/soğuk besinlerden, kabuklu ya da sert yiyeceklerden, alkol ve ağzı alkol ile yıkamaktan kaçınması hakkında bilgilendirilir ve gerekli önlemler alınır. Yumuşak besinler tüketmesi için desteklenir ve yeterli sıvı alımı sağlanır.⁹⁶

Girişimler Sonucunda; Oral doku bütünlüğünün ve hijyeninin sağlanması ve sürdürülmesi hedeflenir.^{96, 101}

7-Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi

7.1. Vücut Sıcaklığında Dengesizlik Riski: Vücut sıcaklığını normal sınırlar içinde (36.6-37.3 °C) sürdürmede yetersizlik taşıyan bireydeki durumdur. Parenteral sıvı infüzyonu, kan transfüzyonu, diyaliz, aşırı kilo alma, ödem, yaşla ilgili termoregülasyonda etkisizlik, kardiyak output'ta azalma sonucu yetersiz doku perfüzyonu ve hareketsizliğe bağlı gelişebilir.^{96(s.516)}

Belirti ve Bulgular; Vücut sıcaklığının normal sınırlardan (36.6-37.3 °C) sapması. Hipertermide taşikardi, deriye dokunulduğunda sıcak olduğunun algılanması, deride kızarıklık, solunum derinliğinde artma, üşüme hissi, titreme, spesifik ya da genel ağrı, sancı, iştah kaybı ve terlemenin olması. Hipotermide solukluk, titreme, mental konfüzyon, uyuşukluk, huzursuzluk, nabız ve solunumda azalmanın olmasıdır.⁹⁶

Vücut Sıcaklığında Dengesizlik Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(Vücut Sıcaklığı Regülasyonu, Çevre Yönetimi, Vital Bulguları İzleme)

Aktiviteler;

Belirti ve bulgular yönünden birey gözlemlenir.⁹⁶

Yeterli hidrasyonu sağlanır ve AÇT yapılır.⁹⁶

Giysiler ve yatak örtüleri planlanan aktivite ya da çevreye göre ayarlanır. Bireyin ihtiyacına göre kıyafetleri inceltir ya da yünlü battaniye, çorap, şapka vb. eklenir.^{96, 100}

Sabahları metabolizma en düşük düzeyde olduğundan daha kalın/katlı giyinmesi önerilir.^{96, 100}

Sıcak havada ve egzersiz sırasında sıvı alımının (sınırlar dahilinde) önemi açıklanır.^{96, 100}

Çok sıcak ya da soğuk havalarda dışarı çıkmayı sınırlandırma ve kafeinden uzak durma önerilir.^{96, 100}

Girişimler Sonucunda; Bireyin termoregülasyonunu sürdürmesi hedeflenir.^{96, 101}

8-Hareket Aktivitesi

8.1. Yorgunluk: Dinlenme ile geçmeyen, sürekli ve bunaltıcı bir bitkin olma hissi yaşayan, fiziksel ve zihinsel çalışma kapasitesinde düşüş yaşayan bireydeki kendi kendini tanımlama durumudur.^{96 (s.529)} KY, ilaç tedavileri (beta blokerler, diüretikler), anksiyete, ağrı, uyku bozukluğu ve ileri yaşa bağlı olarak meydana gelebilir.^{1, 9, 96, 97}

Belirti ve Bulgular; Sözel olarak sürekli yorgunluk ifadesi, olağan rutinleri sürdürememe, fiziksel yakınmalarda artış, emosyonel değişkenlik (labilite), huzursuzluk (irritabilite) hali, halsizlik ve uyku problemleridir.^{9, 96, 97}

Yorgunluk Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Enerji Yönetimi, Ortak Amaç Belirleme)

Aktiviteler;

Hastaya yorgunluğunun nedenleri açıklanır (hastalık süreci ve etkileri).^{96, 97}

Yorgunluğun yaşamı üzerindeki etkilerine ilişkin duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir ve güçlü yönlerini, yeteneklerini tanıması için destek olunur.^{96, 100}

Olağan bir günde her bir saatte yorgunluk düzeyi ve yorgunluk düzeylerine göre aktiviteleri kaydedilir. En çok enerjik olduğu zaman, en çok bitkin olduğu zaman, yorgunluğunu arttıran faaliyetler şeklinde 24 saatlik yorgunluk düzeyi birlikte analiz edilir.^{96, 97}

Enerjisinin en yüksek olduğu zamanlarda önemli işlerini yapması için plan yapılır. Öncelikleri tanımlaması ve vazgeçilebilir aktiviteleri tanımlaması için yardım edilir.^{96, 97}

Yapamayacağı ya da zorlandığı günlük aktivitelerinin bir başkası tarafından yapılması için, yardım edilir, hastane dışı yaşamında da bu yardımı alabileceği kişilere yönlendirilir.^{96, 97}

Enerji koruma teknikleri (çalışırken kullanılan objeleri ulaşılabilir konuma yerleştirmek - atlama, sıçrama, uzanma, gidip, gelme ve merdiven inip çıkmayı azaltmak -zor işleri bütün haftaya yaymak- tırabzan, sandalye, tutunma barları gibi yaşanan alanlara dinlenme araçları sağlamak – sık aralıklı ve küçük porsiyonlu beslenmek – araba kullanmamak – günlük ev işlerini başkalarına yaptırmak) hakkında bilgilendirilir.^{96, 97}

Egzersiz yorgunluk üzerine fizyolojik ve psikolojik olumlu etkileri açıklanır ve birey sınırları içinde egzersiz yapmaya yönlendirilir.^{37, 96, 97}

Stres ve çatışmanın enerji düzeyine etkileri açıklanır. Destek kaynaklarını harekete geçirmek için yardım edilir.^{37, 96, 97}

Girişimler sonucunda bireyin aktivite toleransının, dayanıklılığının artması ve enerji yönetimi davranışlarını kazanması hedeflenir.^{96, 101}

8.2. Kendi Kendine Giyinebilmede Eksiklik: Giyinme ve kendi kendine çekidüzen verme aktivitesini yerine getirebilme ya da bu aktiviteleri tamamlayabilme yeterliliğinde bir bozulma olması durumudur. Yaşa bağlı görsel ve motor yeteneklerde azalma, kas zayıflığı, ağrı, yorgunluk, IV araçlar gibi eksternal sınırlamalara ve aktivite intoleransına bağlı meydana gelebilir.^{96 (s.343)}

Belirti ve Bulgular: Hastanın kıyafetlerini giyinmede, çıkarmada yetersiz olması, kıyafetleri düğmeleyememesi, bağlayamaması, yerine koyamaması, ya da ulaşamamasıdır.⁹⁶

Kendi Kendine Giyinebilmede Eksiklik Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Giyinmede Öz-Bakıma Yardım, Kendine Özendeki Öz-Bakıma Yardım)

Aktiviteler;

Giyinme ve soyunma için yeterli zaman, uygun ortam (mahremiyet gibi), sağlanır, kıyafetleri giyinme sırasına göre yerleştirilir.^{96, 100}

Hastanın bu konudaki bağımsızlık düzeyi tespit edilir ve yardımsız giyinme uygulamaları yaparak bağımsızlığı geliştirilir.^{96, 100}

Sıkmayan, gevşek, geniş kollu önden düğmeli ya da velcro bantlı kıyafetler seçmesine yardım edilir.^{96, 100}

Kendi seçmiş olduğu kıyafetlerde giyinmede ve soyunmada kolaylık sağlayacak değişiklikler yapması için düğme, bağ, kopça yerine velcro/cırt cırt bantların dikilmesi gibi seçenekler sunulur.^{96, 100}

Mümkünse aile üyeleri bakım uygulamalarına katılır ve kolay giyinip çıkartabileceği kıyafetler hakkında aile bilgilendirilir.^{96, 100}

Girişimler Sonucunda; Bireyin giyinme ve kendine özen gösterme düzeyinin artması ve gelişmesi hedeflenir.^{96, 101}

8.3. Kendi Kendine Yıkanmada Eksiklik: Kendi kendine banyo yapma/hijyenik aktiviteleri yerine getirme ya da tamamlayabilme yeterliliğinde bir bozulma olmasıdır. Yaşa bağlı görsel ve motor yeteneklerde azalma, kas zayıflığı, ağrı, yorgunluk, IV araçlar gibi eksternal sınırlamalar ve aktivite intoleransına bağlı meydana gelebilir.^{96(s.341)}

Belirti ve Bulgular; Bütün vücudu yıkama, saç, diş, cilt ve tırnak bakımını ve makyaj yapmayı içeren aktivitelerde eksiklik.⁹⁶

Su kaynağına erişememe, suyun akışını veya sıcaklığını ayarlayamama, hijyenik gereksinimlerini algılamada yetersizliktir.⁹⁶

Kendi Kendine Yıkanmada Eksiklik Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(Banyoda Öz-Bakıma Yardım, Hijyende Öz-Bakıma Yardım)

Aktiviteler;

Hastanın genel olarak hijyen durumu ve bu konuda bağımsızlık düzeyi değerlendirilir, durumuna ilişkin kendini ifade etmesi için teşvik edilir.^{96, 100}

Hastanın günlük hayatta kullandığı tarak, fırça, tırnak makası, sabun, şampuan, duş jeli, lif gibi kişisel bakım malzemelerindeki tercihleri ve bireysel bakım için tercih ettiği zaman dilimleri tespit edilir.^{96, 100}

Bireyin bağımsızlık düzeyine göre aktivitelerine destek olunur, gereksinim duyabileceği malzeme ve ortam (banyo sıcaklığı, mahremiyet, malzemelerin kolay ulaşılabilirliği, kaymayan paspaslar, tutunma barları gibi banyo güvenliği önlemleri) sağlanır.⁹⁶

Bireyin kendi evindeki banyo olanakları değerlendirilir ve herhangi bir değişim ihtiyacı olup olmadığını tanımlamasına yardım edilir. Gerekli araç gereci elde etmesi için aile üyeleri, yakın akrabaları ya da gerekli ise sosyal hizmetler birimine yönlendirilir.⁹⁶

Girişimler Sonucunda; Bireyin hijyen gereksinimlerinin karşılanması ve bireyin kendi kendine karşılama düzeyinin artırılması hedeflenir. ^{96, 101}

8.4. Kendi Kendine Tuvaleti Kullanmada Eksiklik: Tuvalete gitme/kullanma aktivitelerini yerine getirebilme ya da bu aktiviteleri tamamlayabilme yeterliliğinde bozulma olmasıdır. Yaşa bağlı görsel ve motor yeteneklerde azalma, kas zayıflığı, ağrı, yorgunluk, IV araçlar gibi eksternal sınırlamalar ve aktivite intoleransına bağlı meydana gelebilir. ^{96 (s.345)}

Belirti ve Bulgular; Tuvaleti veya komodu kullanamama ya da kullanmada isteksizlik, tuvalete/komoda oturup kalkamama, gidip gelememe, tuvaleti kullanırken giysilerine hakim olamama, uygun hijyeni başaramama, sifonu çekememe veya lazımlığını boşaltamamaktır. ⁹⁶

Kendi Kendine Tuvaleti Kullanmada Eksiklik Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Transfere Yardım, Tuvalette Öz-Bakıma Yardım)

Aktiviteler;

Bireyin bağırsak ve mesane öyküsü alınır (konstipasyon, üriner boşaltımda bozulma, inkontinans). ^{96, 97}

Tuvalet örüntülerini tanımlamak için barsak ve mesane kayıtları tutulur. ^{96, 97}

Devamlı ve yardımsız uygulamalar yapmaya teşvik edilerek tuvalete gitmede bağımsızlığa ulaşması desteklenir. ^{96, 97}

Yorgunluğu önlemek için tuvalete gidip gelmeye yeterli zaman ayrılır.

KY'nin atak dönemleri dışında mümkün olduğunca mesane kateteri ya da kondom katater takmaktan kaçınılır.

Bağımsızlığı ve güvenliği sağlamaya yönelik ayarlanabilir komod ve ördekler, yüksekliği ayarlanabilir tuvalet oturakları, tuvalet içinde yanlara destekleyici tirabzanlar gibi araç gereç sağlanır. ^{96, 97}

Girişimler sonucunda; Bireyin boşaltım gereksinimini karşılaması ve tuvaleti kullanma yeterliliğinin artırılması hedeflenir.^{96, 101}

9-Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi

9.1. Eğlenme (Boş Zamanları Geçirme) Aktivitesinde Eksiklik:

Yaratıcı boş zaman geçirme aktivitelerinden sağladığı uyaranların miktarında ya da bu aktivitelere ilgisinde azalma olan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur. Yorgunluk, ağrı, kapalı ortamda sınırlı kalma, yaşa bağlı duyuşal ve motor defisitler, hastanede bulunma ve aktivite intoleransına bağılı gelişebilir.^{96 (s.191)}

Belirti ve Bulgular: Hareketsizlikten/ edilgenlikten dolayı can sıkıntısı ifade edilmesi ya da gözlemlenmesi. Esneme, ilgisizlik, donuk-tek düze bir ifade, vücut ağırlığında artış ya da kayıp olmasıdır.⁹⁶

Eğlenme Aktivitesinde Eksiklik Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Rekreasyon Tedavisi, Sosyalizasyonu Güçlendirme)

Aktiviteler;

Duygu ve deneyimlerini paylaşması için hasta cesaretlendirilir, ilgi göstererek motivasyonu uyarılır, daha önceleri hoşlandığı hobileri tartışılır.⁹⁶

Yetersizliklerine değıl yeterliliklerine odaklanması sağlanır.⁹⁶

İmkanlar dahilinde günlük rutinleri çeşitlendirilir, günlük programın planlanmasına bireyin katılımı sağlanır.⁹⁶

Girişimler Sonucunda; Bireyin boş zaman aktivitelerine katılıma düzeyinin artırılması hedeflenir.^{96, 101}

10-Cinselliğı İfade Etme Aktivitesi

10.1. Beden İmgesinde Rahatsızlık Riski: Fiziksel olarak kendini algılayış şeklinde bir kargaşaya yaşıyan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur. KY semptomları, hastanede yatma, immobilitte ve yaşla ilgili duyuşal ve motor kayıplara

bağlı meydana gelebilir.⁹⁶

Belirti ve Bulgular; Gerçek ya da algılanan yapısal ya da fonksiyonel değişime sözel veya sözel olmayan utanma, suçluluk, iğrenme gibi olumsuz tepkiler vermek. Vücuduna ilişkin olumsuz duygular, çaresizlik, ümitsizlik, güçsüzlük ve kırılganlık duygularının var olması. Değişim ya da kayıplarla aşırı meşgul olma, mevcut bir değişimi doğrulamayı reddetmektir.^{96(s.105)}

Beden İmgesinde Rahatsızlık Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(*Beden İmgesinin Güçlendirilmesi, aktif Dinleme, Baş Etmeyi Güçlendirme*)

Aktiviteler;

Hasta bedenine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi, mevcut durumu, tedavisi ve gidişatı hakkında soru sorması için cesaretlendirilir.^{96, 100}

Kendisi, bakımı ve bakım vericileri hakkında sahip olduğu yanlış anlamaları var ise açığa kavuşturulur.^{96, 100}

Benzer deneyimleri olan insanlarla paylaşımda bulunma fırsatları sağlanır.^{96, 100}

Bireyin ailesine, önemsendiği yakınlarına bireyin olumlu yönlerini tanımada / farkına varmada yardım edilir.^{96, 100}

Girişimler Sonucunda; Bireyin yeni baş etme örüntülerini uygulması ve görünümünü kabul etmesi hedeflenir.^{96, 101}

11-Uyku Aktivitesi

11.1. Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık: Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde, rahatsızlığa yol açan ya da istenen yaşam şeklini etkileyen/engelleyen bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.^{96 (s.481)} Anksiyete, korku, dispne, yabancı çevre, fiziksel harekette kısıtlılık, tanı ve tedavi işlemlerinin fazla olması ve ortopne sebebiyle alışık olunan uyku pozisyonunu sağlamada yetersizliğe bağlı oluşabilir.^{96, 97}

Belirti ve Bulgular; Yorgunluk, gün boyunca uyuklama hali, uykuya geçmede güçlük ve ajitasyondur.^{96, 97}

Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri
(Uykunun Güçlendirilmesi, Enerji Yönetimi, Çevre Yönetimi)

Aktivitelere;

Gürültü/ sesler azaltılır, işlemler hasta uyku döneminde iken en az sayıya indirilir. Eğer gürültü engellenemiyorsa kulak tıkaçları kullanılabilir, ortamın hafif serin olması sağlanır ve yatma saatinden 3 saat öncesinde egzersiz yaptırılmaz.^{96, 97}

Kafeinli içecekler ve gece sıvı alımı sınırlanır, yatmadan önce hastanın boşaltım ihtiyacı giderilir.^{96, 97}

Uyku öncesi alışık olduğu rutinler (kitap okumak, dua etmek, yoğurt yemek gibi) için imkan sağlanır. Bireye rahat uyuyabileceği uygun pozisyon verilir.^{96, 97}

Bireye ve ailesine evde uygulanabilecek (düzenli yatma ve yataktan kalkma saatlerini planlamak, uyumaya hazırlık için gevşemeyi sağlayan bitki çayı içmek, ılık duş almak gibi), rutin hale getirilebilecek önerilerde bulunulur.^{96, 97}

Girişimler Sonucunda; Bireyin uykusuzluk belirtilerinin azaltılması ve GYA'ni sürdürmesi için yeterli enerjiye sahip olması hedeflenir.^{96, 101}

12-Ölüm Aktivitesi

12.1. Dinsel Emir ve Yasaklara Uymada Sıkıntı/Riski: Belirli bir dine, mezhebe ya da inanç topluluğuna ait güven duyduğu inançları uygulayabilme ya da ilgili ritüellere katılma durumunda bir bozulma /yetersizlik yaşama riski olan bireydeki durumdur. Ağrı, kronik hastalık, yataktan ya da odadan çıkamamak, ölüm korkusu, manevi ritüellere katılmadaki engeller, mahremiyetin olmamasına bağlı gelişebilir.⁹⁶
(s.455)

Belirti ve Bulgular; Namaz kılamamak, oruç tutamamak, belirli giysileri

giyememek gibi dinsel ritüelleri yerine getirememekten dolayı huzursuz olma hali ve ifadesinin olmasıdır.⁹⁶

Dinsel Emir ve Yasaklara Uymada Sıkıntı/Riski Tanısına Yönelik Hemşirelik

Girişimleri (Spritüel Destek);

Önyargısız bir tutumla, bireyin manevi inanç ve uygulamalarının kabul edildiği bireye iletilir.^{96, 100}

Sağlığı için sakıncalı olmayan manevi ritüelleri yerine getirmesi için desteklenir ve uygun ortam sağlanır.^{96, 100}

Bireye hazırlanması ve dini ritüellerini yerine getirmesi için yardım edilir (abdest almak, tesbihi tutmak, diz çökmesine yardım etmek gibi).^{96, 100}

Eğer birey istiyorsa manevi bir lider ile görüşmesi sağlanır (imam, papaz gibi).

Vücudun manevi ritüel bakımını yapması için aileye ve manevi lidere izin verilir.⁹⁶

Girişimler sonucunda; Bireyin manevi iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesi hedeflenir.^{96, 101}

EK-8. ETİK KURUL ONAYI FORMU



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Kalp Yetmezliği Hastalarında Roper, Logan ve Tierney Modeline Göre Yapılandırılan Bakımın Hastaların Bağımsızlık Düzeylerine ve Bakım Algılarına Etkisi ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (x)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.04.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Kalp Yetmezliği Hastalarında Roper, Logan ve Tierney Modeline Göre Yapılandırılan Bakımın Hastaların Bağımsızlık Düzeylerine ve Bakım Algılarına Etkisi” konulu Prof.Dr.Mağfiret KAŞIKÇI ve Uzman Hemşire Nurhan CİNGÖL’ün çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.


Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye


Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-9. TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İZNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tokat Devlet Hastanesi

Sayı : 90901957/903.07
Konu : Tez İzni Hak.

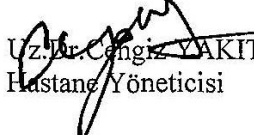
03.06.14 4366

TOKAT KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 26.05.2014 tarih ve 4792 sayılı yazınız.

Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Nurhan ÇİNGÖL'ün Mayıs 2014 ve Mayıs 2015 tarihleri arasında Hastanemizde "Kalp Yetmezliği hastalarında Roper, Logan ve Tierney Modeline göre yapılandırılan Bakım Hastalarının Bağımsızlık düzeylerine ve Bakım Algılarına etkisi " konulu tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Arz ederim.


Uzm. Dr. Cengiz VAKIT
Hastane Yöneticisi

EK-10. İNTİHAL RAPORU BEYAZ FORMU



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



İNTİHAL RAPORU BEYAN FORMU (FORM: 32)

Prof. Dr. Mağfiret Kaşıkçı danışmanlığında yürütülen doktora öğrencisi Nurhan ÇİNGÖL'e ait "Kalp Yetmezliği Hastalarında Roper, Logan ve Tierney Modeli'ne Göre Yapılandırılan Bakımın Hastaların Bağımsızlık Düzeylerine ve Bakım Algılarına Etkisi" başlıklı tez için **Turnitin** programında yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdadır.

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 19/ 02/ 2017

Öğrenci Adı-Soyadı

İmza

Nurhan ÇİNGÖL

Danışman Adı-Soyadı

İmza

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

BENZERLİK ORANLARI:

GİRİŞ BÖLÜMÜ: % 0

GENEL BİLGİLER BÖLÜMÜ: % 2

MATERYAL VE METOT BÖLÜMÜ: % 6

BULGULAR BÖLÜMÜ: % 4

TARTIŞMA BÖLÜMÜ: % 0