

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KALP YETMEZLİĞİ OLAN BİREYLERDE
SINIFLANDIRILMIŞ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN
TEDAVİYE UYUMUNA VE TEKRARLI YATIŞ
SIKLIĞINA ETKİSİ**

Gökçen ATİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2020-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KALP YETMEZLİĞİ OLAN BİREYLERDE
SINIFLANDIRILMIŞ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN
TEDAVİYE UYUMUNA VE TEKRARLI YATIŞ
SIKLIĞINA ETKİSİ**

Gökçen ATİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Emine KOL

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2020-ANTALYA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamam boyunca bana rehberlik eden, hastanedeki yoğun çalışma sürecinde de büyük destek ve emek veren, bilimsel katkı ve deneyimleri ile yoluma ışık tutan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Emine KOL'a,

Yüksek lisans eğitimimde farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan ve tez çalışmamın oluşmasında verdiği destek ve motivasyon için Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE'ye,

Araştırmayı yürüttüğüm Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Başhekimi Uzm. Dr. Ali Vefa SAYRAÇ'a, benim için büyük ve anlamlı desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Halenur ŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde çalıştığım birimde en büyük desteklerini hissettiğim Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesindeki kıymetli çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmamın yürütülmesi aşamasında desteklerini esirgemeyen Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Klinik hemşire ve doktorlarına,

Araştırmaya katılarak tezin yürütülmesine katkı sağlayan tüm hasta ve hasta yakınlarına,

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşaması sürecindeki motivasyon kaynaklarım olan biricik kızım GÖKÇENAZ ve oğlum ARTUNÇ'a,

Hayatımın her döneminde beni destekledikleri için sevgili annem Meliha ATİK ve babam Ahmet ATİK'e sonsuz şükranlarımı sunarım.

Gökçen ATİK

ÖZET

Amaç: Çalışma, kalp yetmezliği olan bireylerde sınıflandırılmış hemşirelik girişimleri kullanımının, tekrarlı hastaneye yatış sıklığı üzerine etkisini incelemek ve tedaviye uyumunu değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kalp yetmezliği tanısı ile yatışı yapılmış, dahil edilme kriterlerine uyan 96 (kontrol grubu: 48; çalışma grubu:48) hasta ile deneysel olarak yapıldı. Kontrol grubu hastalarına herhangi bir girişim uygulanmadan rutin hemşirelik bakımı verildi. Çalışma grubundaki hastalara uluslararası kabul görmüş olan sınıflandırılmış hemşirelik girişimleri uygulandı. Her iki gruptaki hastalarla birinci, üçüncü ve altıncı aylarda görüşülerek tedaviye uyumları ve hastaneye yatış sıklıkları değerlendirildi. Tedaviye uyumları uyum ölçekleri kullanılarak değerlendirildi (İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ), Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHİÖ) ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BİHİÖ)).

Bulgular: Çalışma grubundaki hastaların ilaç, diyet ve bireysel uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar ve engel alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar vardı ($p<0.05$). Çalışma grubundaki hastaların uyum ölçeklerinin yarar alt boyut puanları kontrol grubundaki hastaların yarar alt boyut puanlarından yüksekti. Kontrol grubunun tekrar hastaneye yatış sıklığı çalışma grubundan yüksekti ve her iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark vardı ($p<0.05$).

Sonuç: Kalp yetmezliği hastalarına uygulanan sınıflandırılmış hemşirelik girişimleri tedaviye uyumu artırırken tekrarlı hastaneye yatış sıklığını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetmezliği, Sınıflandırılmış Hemşirelik Girişimleri, Tedaviye Uyum, Tekrar Yatış

ABSTRACT

Objective: The study was conducted to examine the effect of the use of classified nursing interventions on the frequency of rehospitalization in individuals with heart failure and to evaluate compliance with treatment.

Method: The study was conducted experimentally with 96 (control group: 48; study group: 48) patients who were hospitalized with a diagnosis of heart failure and met the inclusion criteria. Routine nursing care was given to the control group patients without any intervention. Internationally accepted classified nursing interventions were applied to the patients in the study group. Patients in both groups were interviewed at the first, third and sixth months to evaluate their compliance with treatment and hospitalization frequency. Adherence to treatment was evaluated using compliance scales (Beliefs Regarding Medication Scale (IUHQ), Beliefs About Compliance with Diet Scale (DUHFS), and Beliefs About Individual Follow-up Scale (BHSRS).

Results: There were statistically significant differences between the benefit and disability subscale scores of the beliefs about medication, diet, and individual compliance scale of the patients in the study group ($p < 0.05$). Benefit subscale scores of the patients' compliance scales in the study group were higher than the benefit subscale scores of the patients in the control group. The frequency of rehospitalization of the control group was higher than the study group, and there was a statistically significant difference between the two groups ($p < 0.05$).

Conclusion: Classified nursing interventions applied to patients with heart failure increase compliance with treatment and decrease the frequency of repeated hospitalizations.

Key words: Heart failure, Classified Nursing Interventions, Compliance with Treatment, Rehospitalization

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Kalp Yetmezliği	3
2.1.1. Kalp Yetmezliği İnsidans ve Prevelansı	4
2.1.2 Kalp Yetmezliği Fizyopatolojisi	6
2.1.3 Kalp yetmezliğinin Sınıflandırması ve Evrelendirilmesi	7
2.1.4 Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları	9
2.1.5 Kalp Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri	14
2.1.5.1 İlaç Tedavisi	14
2.1.5.2 Diğer Tedavi Yöntemleri	17
2.1.6 Kalp Yetmezliğinde Prognoz ve Tekrarlı Yatış Sıklığı	18
2.1.7 Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı	20

2.2 Hemşirelik Süreci Kapsamında NANDA-I ve NIC	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	35
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	36
3.6. Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi	41
4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
KAYNAKLAR	62
EKLER	

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK-2. Hasta Tanıtım Formu

EK-3. Hasta İzlem Formu

EK-4. İlaç Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği

EK-5. Diyet Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği

EK-6. Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği

EK-7. Diyet Eğitim Planı

EK-8. Bireysel İzlem Eğitim Planı

EK-9. İlaç Eğitim Planı

EK-10. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalar İçin İnanç Ve Uyum Ölçekleri İzini

EK-11. Etik Kurul İzini

EK-12. Hastane Kurum İzni

EK-13. Power Point Sunum İçeriği

EK-14. HBYS’nde Hemşirelik Süreci

ÖZGEÇMİŞ

111

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. 2016 ESC Klavuzu KY Etyolojisi

Tablo 2.2. Kalp yetmezliğinin evreleri (AHA/ACC Sınıflandırma Sistemi)

Tablo 2.3. New York Kalp Birliği'nin kalp yetmezliği semptom sınıflaması

Tablo 2.4. KY'de görülen belirti ve bulgular

Tablo 2.5. 'Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük' tanısının tanımlayıcı özelliği ve ilişkili faktörleri

Tablo 2.6. 'Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük' hemşirelik tanısının çözümü için NIC'in önerdiği sistematik girişimler

Tablo 3.1. Kontrol ve çalışma gruplarındaki hastaların 'tanımlanan rejime uymada güçlük' hemşirelik tanısı alma nedenleri

Tablo 3.2 Çalışma grubuna uygulanan NIC girişimleri

Tablo 4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri

Tablo 4.2. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların hastalık özellikleri

Tablo 4.3. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların sağlık davranışlarının dağılımı

Tablo 4.4. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin karşılaştırılması

Tablo 4.5. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin karşılaştırılması

Tablo 4.6. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin karşılaştırılması

Tablo 4.7. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığının karşılaştırılması

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. KY’de öngörülen insidans hızı

Şekil 2.2. Kalp yetmezliğinin oluşum süreci

Şekil 3.1. Araştırma Tasarımı



SİMGELER ve KISALTMALAR

ACC	:	Amerikan Kardiyoloji Birliği
ACE-İ	:	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
AHA	:	Amerikan Kalp Birliği
ARB	:	Anjiotensin Reseptör Blokerleri
BKİ	:	Beden kitle indeksi
BİHiÖ	:	Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği
DM	:	Diyabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DUHiÖ	:	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği
EF	:	Ejeksiyon fraksiyonu
ESC	:	Avrupa Kardiyoloji Derneği
HAPPY	:	Türkiye’de Kalp Yetersizliği İnsidans ve Prevalans Çalışması
HBYS	:	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HT	:	Hipertansiyon
ICD	:	İmplant Edilebilen Cardiyoverter Defibrilatör
İUHiÖ	:	İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği
KAH	:	Koroner arter hastalıkları
KY	:	Kalp yetmezliği
LVAD	:	Sol Ventrikül Destek Cihazı

MI	:	Miyokard Infarktüsü
NANDA-I	:	Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği -Uluslararası
NIC	:	Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
NYHA	:	New York Kalp Derneği



1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar tıbbi tedavi ve rehabilitasyonlara rağmen ömür boyu süren yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi sağlık sorunlarıdır (Badır, 2012). Kronik hastalıklar grubunda olan kalp yetmezliği (KY); kardiyak disfonksiyon sonucu ortaya çıkan semptomların eşlik ettiği, yaşam süresinin azalmasıyla sonuçlanan, acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir sendromdur (Maggioni ve ark., 2013). Yaşam boyu tedavi gereksinimi, hastaneye sık yatma ihtiyacı, karışık ve pahalı cihaz tedavisi uygulamaları nedeniyle sağlık ekonomisi ve aile bütçeleri üzerine yüksek maliyetler getiren yaşam şeklini etkileyen devamlı izlem gerektiren önemli bir hastalıktır (McMurray ve ark., 2012; Ponikowski ve ark., 2016). KY, yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması, hastaneye tekrarlı yatışların görülmesi sıklığı ve yaygınlığının giderek artması nedeniyle tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir (Karaca ve Mert, 2011; Alkan ve Nural, 2017). KY olan bireylerin hastaneye yatışların altında yatan neden sıklıkla hastanın durumunun daha kötüye gitmesi gibi tıbbi faktörlerden, tedaviye uyumsuzluk, öz bakımını sürdürememe gibi davranışsal faktörlerden, sosyal destek eksikliği gibi çevresel faktörlerden ya da şiddetlenen semptomlardan kaynaklanmaktadır (Desai ve Stevenson, 2012; Albert, 2016; Tekin ve Polat, 2018). KY tedavisinde amaç; semptomların kontrol altında tutulması ve yaşam kalitesinin mümkün olan en üst seviyede sürdürülmesidir (Wang ve ark., 2014; Ruppard ve ark., 2016).

Toplum sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve iyileşme süreçlerinin hızlanmasında tedavi, izlem ve bakım bir bütündür. Hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik bakımda bilimsel ve sistematik bir yaklaşım olan hemşirelik sürecini kullanmaktadırlar. Böylece bireye bütüncül bir bakım verilmekte, sağlık ekibi üyeleri arasında iletişim kolaylaşmakta ve bakımın sürekliliği sağlanmaktadır. Hemşirelik süreci yaklaşımında ulusal ve uluslararası düzeyde yaygın olarak hemşirelik tanılama terminolojisi NANDA-I (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği Uluslararası- The North American Nursing Diagnosis Association International) ve bu tanılamaya uygun girişimlerden oluşan NIC (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması- Nursing Interventions Classification) kullanımı önerilmektedir (Bulechek ve ark., 2016). KY olan bireylerin bakımında diğer hemşirelik bakımlarında olduğu gibi sistematik bir

yaklaşım olan hemşirelik süreci kullanılmaktadır. Hastaneye tekrarlı yatış nedenlerine bakıldığında tedaviye uyumsuzluk, öz bakımını sürdürememe gibi davranışsal faktörlere sahip KY hastalarına “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” hemşirelik tanısı ile süreç başlatılmalıdır. NANDA-I, çözülmesi gereken bir hemşirelik problemi olarak “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” tanısını; sağlık profesyonelleri tarafından verilen sağlıkla ilgili önerilere uymak isteyen, ancak engelleyen faktörler nedeniyle bunu yapamayan bireydeki ya da gruptaki durum olarak tanımlamaktadır (Herdman ve Kamitsuru, 2018). NIC, “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” tanısına yönelik bakım için; 1) bakım vericinin desteklenmesi, 2) hastalık süreci, işlem/tedavi, tanımlanmış egzersiz, tanımlanmış diyet, tanımlanmış ilaç tedavisinin öğretimi, 3) taburculuğu planlama ve 4) öz- etkililiği güçlendirme başlıklı girişimleri önermektedir (Bulechek ve ark., 2016).

Bu araştırma; kalp yetmezliği olan bireylerde “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” hemşirelik tanısına yönelik sınıflandırılmış hemşirelik girişimlerinin tedaviye uyumuna ve tekrarlı hastaneye yatış sıklığına etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri;

H₀₋₁ Tanımlanan rejime uymada güçlük yaşayan KY tanılı hastalara uygulanan NIC girişimleri hastaların tekrarlı hastaneye yatış sıklığını etkilemez.

H₀₋₂ Tanımlanan rejime uymada güçlük yaşayan KY tanılı hastalara uygulanan NIC girişimleri hastaların tedaviye uyumunu etkilemez.

H₁₋₁ Tanımlanan rejime uymada güçlük yaşayan KY tanılı hastalara uygulanan NIC girişimleri hastaların tekrarlı hastaneye yatış sıklığını azaltır.

H₁₋₂ Tanımlanan rejime uymada güçlük yaşayan KY tanılı hastalara uygulanan NIC girişimleri hastaların tedaviye uyumunu artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği (KY), kalbin sistemik perfüzyonu ve vücudun metabolik ihtiyacını karşılayamadığı, çeşitli yapısal ve fonksiyonel kardiyovasküler hastalıklar sonucu ortaya çıkan, dispne, yorgunluk ve sıvı retansiyonu gibi semptom ve bulguların görüldüğü, geriye dönüşü olmayan kronik seyirli klinik bir sendromdur (Sezgin ve Mert, 2015; Tokgözoğlu ve ark., 2015; Yancy ve ark., 2017;). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; kalp yetmezliği, normal diyastol sonu basıncında (5-12 mmHg) organların ihtiyacı olan kalp debisinin kalp tarafından sağlanamamasıdır (<https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>). Avrupa Kardiyoloji Derneği- European Society of Cardiology ESC 2016 klavuzunda KY; kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak yapısal veya işlevsel bozuklukların neden olduğu belirtiler ile (örn., yüksek jugüler venöz basınç, pulmoner çatlaklar ve periferik ödem) eşlik eden tipik semptomlarla (örn. nefes darlığı, ayak bileği şişmesi ve yorgunluk) karakterize klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Ponikowski ve ark., 2016).

Kalp yetmezliği etiyolojisi dünya ülkeleri arasında çeşitlilik ve farklılık göstermektedir. KY nedenlerini gösteren kabul görmüş tek bir sınıflama sistemi bulunmamakla birlikte, kardiyovasküler v kardiyovasküler olmayan faktörler olarak ele alınmaktadır ve tablo 2.1'de KY etiyolojisi gösterilmektedir (Ponikowski ve ark., 2016).

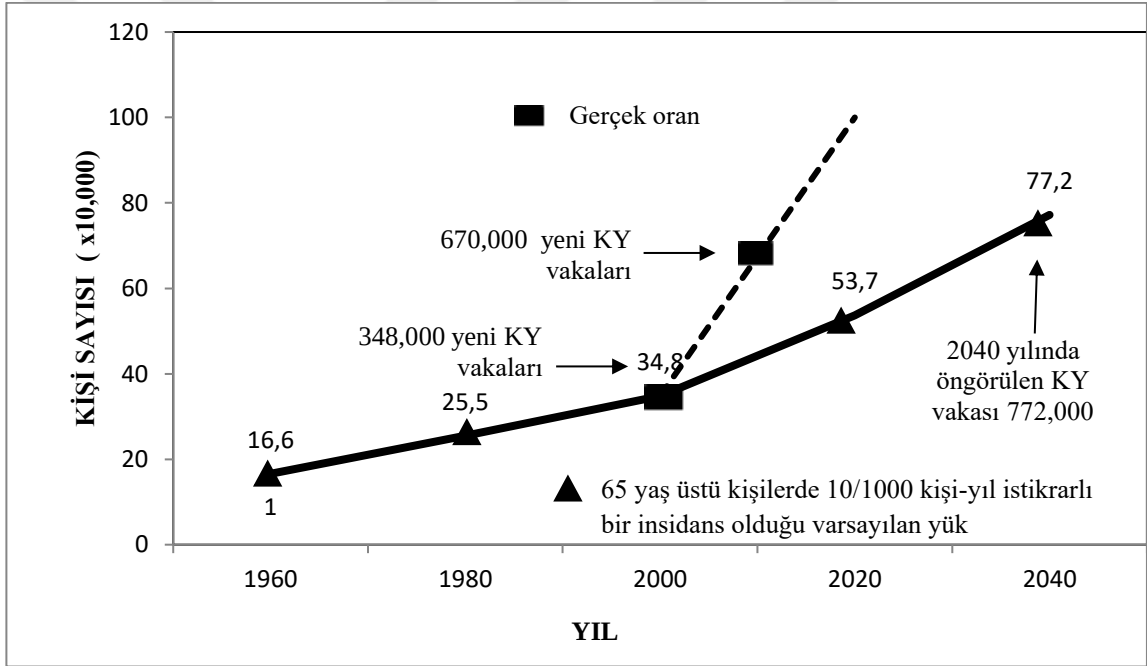
Tablo 2.1. 2016 ESC Klavuzu KY Etiyolojisi (Ponikowski ve ark., 2016)

İskemik Kalp Hastalığı	Myocardial Skar	
	Koroner Arter Hastalığı	
	Endotel Disfonksiyonu	
Toksik Hasar	Madde Kullanımı	Alkol, Kokain
	Ağır Metaller	Bakır, kurşun, demir
	İlaçlar	Sitostatik ilaçlar, antidepresan, antiaritmik
	Radyasyon	
Enfeksiyon		
İnfiltrasyon		
Metabolik Bozukluklar	Hormonal	Troid Hastalıkları, Addison Hastalığı, Diyabet
	Nutrisyonel	Malnutrisyon, Aneroksiya Nevroza, Obesite
Genetik Anomaliler		
Hipertansiyon		
Kapak ve Miyokard Defektleri		
Perikardiyal ve Endokardiyal Patolojiler		
Aritmiler		

2.1.1 Kalp Yetmezliği İnsidans ve Prevelansı

Kalp yetmezliği, dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır. DSÖ'nün 2018 yılı verilerine göre kronik hastalıklara bağlı gerçekleşen 41 milyon ölümün 17,9 milyonu (%44'ü) kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkilidir (WHO, 2018). Kardiyovasküler hastalıklar içerisinde KY; başlı başına prevalans ve insidansı arttıran tek majör kardiyovasküler bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (Ponikowski

ve ark., 2016). Sağlık hizmetlerindeki gelişmelere paralel olarak koroner arter hastalıkları (KAH), miyokard infarktüsü (MI), hipertansiyon (HT) ve diyabetes mellitus (DM) gibi nedenlerle ölümlerin azalması, yaşam süresinin uzaması KY insidansının artışına neden olmuştur (Tokgözoğlu ve ark., 2015). KY, dünya genelinde 26 milyon bireyi etkilemekte ve bu sayı giderek artmaktadır (Savarese ve Lund, 2017). Amerikan Kalp Birliğinin açıklamasına göre; 2030 yılına kadar KY’de yaklaşık %46’lık (Şekil 2.1) bir artış görüleceği öngörülmektedir (<http://www.heart.org>, Erişim tarihi: 30 Aralık 2019). Türkiye’de 2 milyon KY hastası bulunduğu tahmin edilmektedir ve bu sayının son 10 yıl içinde 3-4 kat artacağı öngörülmektedir (Tokgözoğlu ve ark., 2015).

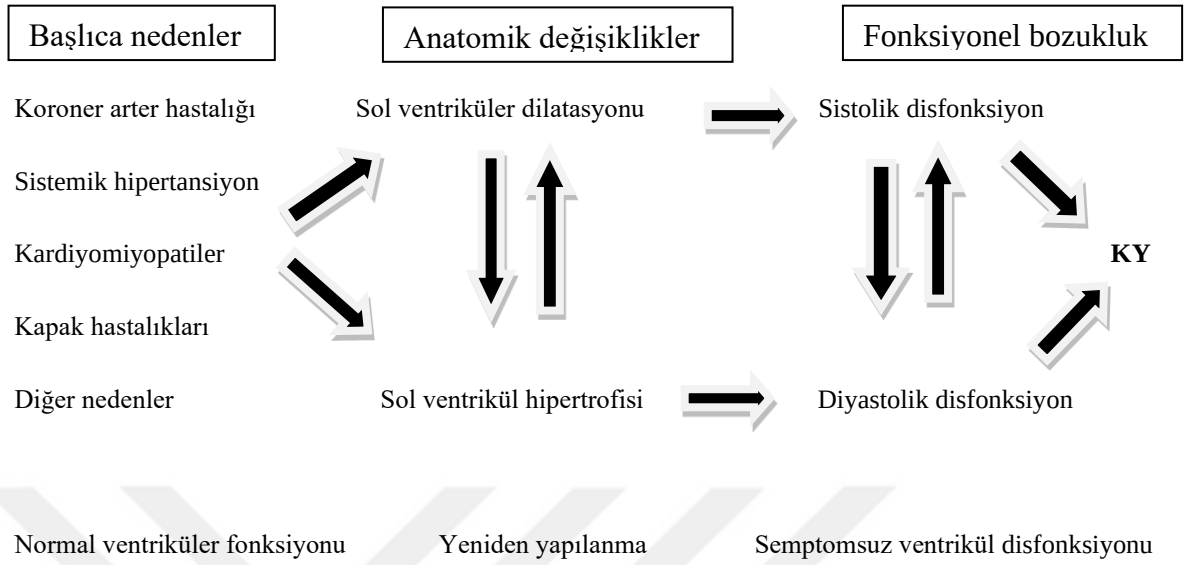


Şekil 2.1. KY öngörülen insidans hızı (Mozaffarian ve ark., 2015)

Kalp yetmezliği, eşlik eden hastalıklar (HT, DM, atriyal fibrilasyon vb.), sık hospitalizasyon ihtiyacı ve yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle mortalite ve morbidite oranı hala yüksek ve bireylerin yaşam kalitesi düşüktür (Chen ve ark., 2011). Klinik çalışmaların odak noktası önceleri mortalite iken, KY ile ilişkili hastane yatışlarını önlemenin de hastalık ve sağlık sistemleri için önemli olduğu farkedilmiştir (Giamouzis ve ark., 2011).

2.1.2 Kalp Yetmezliği Fizyopatolojisi

Kalp yetmezliğine yol açan faktörlerin etkisiyle sol ventrikül hipertrofisi veya dilatasyonuna bağlı gelişen sistolik veya diyastolik fonksiyonlardaki bozulma sonucu kalbin birim zamanda pompaladığı kan miktarının ihtiyaçları karşılayamayacak kadar azalır (Lloyd-Jones ve ark., 2010; Smith ve ark., 2015). Kalp debisindeki azalma sonucu organizmanın tepkisi, ikincil olarak gelişebilecek doku hipoperfüzyonunu kompanse etmek amacıyla nörohumoral sistem devreye girer. Norepinefrin, anjiotensin II, aldosteron, endotelin ve sitokin düzeyleri artarak bir süre hipoperfüzyon kompanse edilmiş olur (Akın, 2013). Nörohumoral aktivasyonunun etkisiyle deride, gastrointestinal sistemde ve böbreklerde gelişen vazokonstriksiyon sonucu bu bölgelere kan akımı azalır (Kılıçkesmez ve ark., 2010). Renal hipoperfüzyona tepki olarak renin ve anjiotensin salgınır. Renin anjiotensin ve sempatik sinir sisteminin etkisiyle su ve sodyum tutulur, endotel disfonksiyonunun etkisiyle vazodilatasyon zorlaşır, koroner arterlerde gelişen vazokonstriksiyon daha da artar (Smith ve ark., 2015). Preload (ön yük) ve afterload (ard yük) giderek artar. Preload, ventrikül diyastol sonu volümünün, dolayısıyla diyastol sonu basıncının karşılığıdır ve artınca stroke volüm artmaktadır. Afterload, ventrikül miyokardının kasılmaya başladığı andan itibaren ejeksiyon süresince karşılaştığı direnç olarak tanımlanabilir ve arttıkça debi azalmaktadır (Kılıçkesmez ve ark., 2010). Devam eden vazokonstriksiyon miyokarda sunulan kan miktarının azalmasına yol açar. Miyositler zarar görür ve kayba uğrar. Miyokard kontraktilitesi, kardiyomiyositlerdeki hücresel değişikliklere (remodelling) bağlı bozulur ve iş yükü artar. Miyokardda gelişen iskemiye bağlı programlanmış hücre ölümü (apoptozis) başlar ve miyokardın işlev bozukluğu sonucu; KY belirti ve bulguları görölmektedir (İlerigelen, 2010; Akın, 2013; Badır, 2014; Smith ve ark., 2015). şekil 2.2’de KY oluşum süresi gösterilmektedir (İlerigelen, 2010).



Şekil 2.2 Kalp yetmezliğinin oluşum süreci

2.1.3 Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırması ve Evrelendirilmesi

Kalp yetmezliğinin düzeyi, seyri ve risklerinin belirlenmesinde en sık tercih edilen iki sınıflandırma yöntemi vardır. New York Kalp Birliği-New York Heart Association (NYHA) sınıflandırmasında KY'nin işlevsel ve egzersiz kapasitesi, Amerikan Kardiyoloji Birliği ve Amerikan Kalp Birliği- American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) sınıflandırmasında ise kalpteki yapısal anormallikler dikkate alınarak sınıflandırma yapılmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010; Zoghi, 2011; McMurray ve ark., 2012; Akın, 2013).

Amerikan Kardiyoloji Birliği ve Amerikan Kalp Birliği (AHA/ACC) Kalp Yetmezliği Evreleri

Amerikan kardiyoloji birliği/ Amerikan kalp birliği (AHA/ACC) kılavuzları kalp yetmezliğini, kalp yetmezliğinin ortaya çıkışı ve ilerlemesini vurgulayan bir evreleme sistemi kullanır (Zoghi, 2011; McMurray ve ark., 2012). Tablo 2.2'de; kalp yetmezliği hastalarının 4 evrede incelendiği AHA/ACC sınıflandırma sistemi gösterilmektedir. İlk 2 evre A ve B hastaları asemptomatik ve kalp yetmezliği gelişme riski taşıyanlardan oluşurken, C ve D evreleri semptomatik kalp yetmezliği hastalarını kapsamaktadır (Yancy ve ark., 2013).

Tablo 2.2 Kalp Yetmezliğinin Evreleri (AHA/ACC Sınıflandırma Sistemi)

EVRE	TANIM
Evre A	Asemptomatik, kalp hasarı yok ancak kalp yetersizliği için risk faktörleri var (Örneğin, hipertansiyon)
Evre B	Asemptomatik, yapısal kalp hasarı ve sol ventrikül fonksiyon bozukluğu var (Örneğin, sol ventrikül hipertrofisi, miyokard infarktüsü)
Evre C	Kalp hasarıyla birlikte semptomatik
Evre D	Refrakter ve son dönem kalp yetmezliği

New York Kalp Birliği'nin Sınıflandırma Sistemi (NYHA)

Kardiyo-pulmoner testler, egzersiz testi ve yürüme testleri fonksiyonel kapasite hakkında daha güvenilir ve nesnel sonuçlar vermesine rağmen, kolay, ucuz ve pratik olması nedeniyle, fonksiyonel kapasitenin belirlenmesinde halen en yaygın olarak NYHA sınıflandırması kullanılmaktadır (McMurray ve ark., 2012). Tablo 2.3'de NYHA semptom sınıflandırmasının, kalp yetmezliğinin derecesinin hastaların fiziksel aktivite sırasındaki kısıtlamalarına göre dört kategoride sınıflandırıldığı gösterilmektedir (Ponikowski ve ark., 2016).

Tablo 2.3 New York Kalp Birliği'nin kalp yetmezliği semptom sınıflaması

SINIF	TANIM
Sınıf I	Fiziksel aktivite sınırlaması yok. Olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde yorgunluk, çarpıntı, nefes darlığına neden olmaz.
Sınıf II	Fiziksel aktivitenin hafif kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır. Ancak olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde yorgunluk, çarpıntı, nefes darlığına yol açar.
Sınıf III	Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlama olması. Dinlenme sırasında rahattır. Ancak olağan düzeyin altında fiziksel aktivite yorgunluk, çarpıntı veya nefes darlığına neden olur.
Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürmemesi. Dinlenme sırasında belirtiler olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artar.

Ejeksiyon Fraksiyon (EF): Kalp yetmezliği ile ilgili patofizyoloji göstergesi olarak ekokardiyografi ile ölçülen ejeksiyon fraksiyon (EF) kullanılmaktadır. EF, ventriküllerden sistolde atılan kan miktarının yüzde olarak ifade edilmesidir

(www.heart.org). Kalp yetmezliği hastaları ejeksiyon fraksiyonuna göre   e ayrılmaktadır. Ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında olan grup düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY (DEF-KY), %50 ve üzeri olan grup korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu KY (KEF-KY) olarak adlandırılmakta, %40 49 arası grup sınırd  (mid-range veya gri zon) ejeksiyon fraksiyonlu KY (SEF-KY)  eklinde sınıflandırılmaktadır (Basuray ve ark., 2014).

2.1.4 Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları

Kalp yetmezliğinin belirti ve bulguların birçoğu sadece KY'de görülmediği için ayırıcı tanı yapmak zor olabilir (Alkan ve Nural, 2017). Belirti ve bulgulara neden olan mekanizma KY'ne bağlı oluşan organ ve kaslardaki perfüzyon yetersizliğidir (Kozan ve ark., 2011). Gelişen hipoperfüzyon sonucu; kompensatuar nörohumoral yanıtlar su ve tuz tutulmasıyla akciğerde, interstisiyel alanlarda ve organlarda konjesyona neden olarak KY bulgularını ortaya çıkarır ( zcan, 2010). KY'de; nefes darlığı, efor intoleransı, ayaklarda  i me, karın ağrısı, noktüri, oligüri, iştahsızlık, bulantı ve serebral semptomlar sıklıkla g r lmektedir (Kelder ve ark., 2011; Kozan ve ark., 2011; Eryılmaz ve Akgüllü, 2014). KY'nde fiziksel semptomlarla birlikte otokontrol n ve üretkenliğin kaybı, yaşama dair planlar ve amaçlarda, aile ve sosyal  evre ile ilişkilerde değişiklikler, ekonomik sorunlar gibi psikososyal sorunlarda görülebilmektedir (Zengin ve ark., 2012; Doğru ve Karadakovan, 2016). Tablo 2.4'de KY hastalarında görülen belirti ve bulgular yer almaktadır (Ponikowski ve ark., 2016).

Tablo 2.4 KY görülen belirti ve bulgular (Ponikowski ve ark., 2016)

BELİRTİLER	BULGULAR
Tipik	Daha Özgül
Nefes darlığı; – Efor dispnesi – Ortopne – Paroksismal nokturnal dispne – Akciğer ödemi	Jugular ven basıncında artış
Efor intoleransı	Hepatojugular reflü
Çarpıntı	Üçüncü kalp sesi (gallop ritmi)
Noktüri, oligüri	Kalp tepe vurusunun sola kayması
Halsizlik, yorgunluk	Kalp seslerinde üfürüm
Ayaklarda şişme	
Daha Az Tipik	Daha Az Özgül
Gece gelen öksürük	Periferik ödem (ayak bileği, sakral, skrotal)
Hışıltı (wheezing)	Akciğerlerde krepitasyon
Kilo artışı (> 2kg/hafta)	Akciğerlerde havalanma azlığı ve akciğer bazallerinde perküsyonda matite alınması (plevral efüzyon)
Kilo kaybı (ileri kalp yetersizliğinde)	Taşikardi
Şişkinlik hissi	Düzensiz nabız
İştahsızlık	Taşipne (>16 solunum/dk)
Serebral semptomlar	Hepatomegali
	Asit
	Zayıflama (kaşeksi)

Nefes darlığı: Nefes darlığı sol ventrikül yetmezliğinin ana belirtisi olup giderek artan şiddette sırasıyla; efor dispnesi, ortopne, paroksismal nokturnal dispne, Cheyne-Stokes solunumu ve akciğer ödemi şeklinde kendini belli etmektedir (Kozan ve ark., 2011; Zipes, 2012; Eryılmaz ve Akgüllü, 2014). KY hastalarında dispne, pulmoner venöz ve kapiller hipertansiyonun klinik yansımasıdır (Büyüköztürk ve Erzengin, 2007; Enar, 2010). KY sonucu pulmoner arterlerde hidrostatik basıncın artması, alveol çevresindeki dokular arası boşluğa sıvı sızmasını arttırarak akciğerlerde ödeme neden olmaktadır (Kılıçkesmez ve ark., 2010; Özcan, 2010). Bu durum da akciğerlerin elastikiyetini

azaltarak solunumu güçleştirmektedir. Solunum iş yükünün artması ve solunum kaslarının kanlanması azalması da dispneyi daha belirgin hale getirmektedir (Kelder ve ark., 2011).

Efor dispnesi, başlangıçta şiddetli eforda, daha sonra günlük eforda oluşmaya başlar. Hasta önceki yıllarda yapabildiği aktiviteleri nefes darlığı hissi oluşmadan yapamaz duruma gelir ve zamanla istirahat sırasında da dispne oluşmaya başlar (Kahraman ve Ural, 2004; İlgeren, 2010; Kozan ve ark., 2011).

Ortopne, sırtüstü uzanmadan sonraki bir iki dakika içinde hızla gelişen, oturma ile hafifleyen nefes darlığı olarak tanımlanmaktadır (McMurray ve ark., 2012; Zipes, 2012). Sol ventrikülün kendisine ulaşan kan hacmini etkin olarak pompalayamaması nedeniyle hızla gelişir (Eryılmaz ve Akgüllü, 2014). Dik oturma veya ayağa kalkma ile venöz dönüş azalır ve dakikalar içerisinde nefes darlığı hafifler (Kozan ve ark., 2011). Yatarken kullanılan yastık sayısı ortopnenin şiddeti ile orantılıdır (Büyüköztürk ve Erzengin, 2007).

Paroksizmal noktürn timer dispne ise periferik ödemi bulunan ve sol ventrikül fonksiyonu kötü olan hastalarda yattıktan 1-3 saat sonra başlar (Özcan, 2010). Ortopnenin tersine, yatakta dik oturmak 1 veya 2 dakikada rahatlamaya sebep olmamaktadır (Efe ve Olgun, 2011). Nefes darlığı genellikle 10-30 dakikada sonlanır (Enar, 2010). Bacaklardaki ödem sıvısının kalbe dönmesi sonucu birdenbire nefes darlığı ile uyanma, öksürük, boğulma hissi, köpüklü-kanlı balgam ve terleme görülür (Kozan ve ark., 2011; Zipes, 2012). Genellikle yatağın kenarında oturma ve bacakları aşağıya sarkıtma ile 10-30 dakikada düzelir (Kelder ve ark., 2011).

Cheyne-Stokes solunumu kalp yetmezliği hastalarında paroksizmal noktürn timer dispne ile beraber görülen klinik bir durumdur (Özcan, 2010). Solunum merkezinin arteryel karbondioksite duyarlılığının azalması ile karakterizedir (Kelder ve ark., 2011). Oksijen satürasyonu azalıp, karbondioksit satürasyonu arttığında apne gelişmekte, arteryel kandaki bu değişim solunum merkezini uyarmakta ve buna bağlı olarak hiperventilasyon ve hipokapni gelişmektedir (İlgeren, 2010; Kozan ve ark., 2011). Nefes darlığı kalkıp oturmakla geçmez ve sürekli öksürük vardır (Efe ve Olgun 2011).

Solunumla ilgili semptomlar arasında en ciddi olarak kabul edilen akut akciğer ödemi, sol kalbin akut olarak yetersizliğe uğraması sonucu, pulmoner venlerde basınç ileri derecede yükselmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Kahraman ve Ural, 2004; Özcan, 2010; Eryılmaz ve Akgüllü, 2014). Akciğerlerde dokular arası boşluğa ve alveol boşluklarına sıvı sızması sonucu akciğer ödemi tablosu gelişir (İlgeren, 2010). Akciğer ödemi genellikle şiddetli solunum güçlüğüyle aniden ortaya çıkan, hastayı aşırı derecede endişeli hale getiren, boğulma hissi, öksürük ve pembe köpüklü balgamın eşlik ettiği ciddi bir semptomdur (Enar, 2010; Özcan, 2010; Kozan ve ark., 2011). Terleme, deride soğukluk, kül rengi ve siyanoz, boyun venlerinde dolgunluk, taşikardi ve yaygın raller eşlik eden diğer semptomlardır (Zipes, 2012; Kavradım ve Özer, 2013).

Efor intoleransı: Efor intoleransının nedenleri pulmoner konjesyon, kalp debisinin azalması, iskelet kaslarında damarsal yanıtın bozulması, solunum ve iskelet kaslarında kondüsyon azalmasıdır (Kahraman ve Ural, 2004; Kılıçkesmez ve ar., 2010; Eryılmaz ve Akgüllü, 2014). Efor ile miyokard fonksiyonunun artması, iskelet kasında metabolik fonksiyonun fazlalaşmasıyla arteriyoller vazokonstriksiyonda azalma sonucu bireyde efor intoleransı görülür (Kaya ve Sarıtaş, 2016). Ayrıca KY'li hastalarda kas atrofisi, kas gücünde azalma ve kaslarda erken yorulma da efor toleransını azaltmaktadır (Karapolat ve ark., 2013). Efor intoleransı, bireylerin her zaman yaptıkları aktivitelerini uzun süre yapamamalarına neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Efe ve Olgun, 2011).

Çarpıntı: KY' de rastlanabilecek bir semptomdur. Kalp vurularının duyulmasına ve bunun verdiği rahatsızlığa çarpıntı (palpitasyon) denir ve en sık sebebi taşikardidir (Enar, 2010). Nedeni erken atımlar, kısa supraventriküler ve ventriküler taşikardi atakları, efor taşikardisi ve atriyal fibrilasyondur (Kahraman ve Ural, 2004; Kozan ve ark., 2011).

Noktüri, oligüri: Noktüri, KY'nin erken dönemlerinde ortaya çıkan bir bulgudur. Gündüz saatlerinde kan akımının yeniden dağılımına bağlı olarak böbrek kan akımının azalması, gece ise renal vazokonstriksiyonun ortadan kalkması ile diürez başlaması sonucunda oluşur (Kahraman ve Ural, 2004; Özcan, 2010). Oligüri, kalp yetmezliğinin

geç dönemine ait bir bulgu olup kalp debisi ve böbrek kan akımının ileri derecede azalması ile ilişkilidir (Kozan ve ark., 2011).

Yorgunluk; Yorgunluk kardiyovasküler fonksiyonun en önemli ve en sık görülen spesifik olmayan semptomlarından biridir. Kalp debisinin düşmesi sonucunda bozulmuş sistemik dolaşımda yorgunluk kuvvetsizlik ile birlikte olabilir (Özcan, 2010; Kavrak ve Özer, 2013). Blinderman ve ark. (2008) hastaların %66'sında enerji azlığı görüldüğünü belirtmektedir. Yorgunluk ve halsizliğin nedenleri arasında; kalp debisinin düşmesi sonucu bozulmuş sistemik dolaşım, periferik vasküler direncin artması sonucu solunum kasları dahil, iskelet kaslarına az kan gitmesi, periferik oksijenasyonun bozulması, anemi, diüretik kullanımı ve depresyon sayılabilir (Enar, 2010; McMurray ve ark., 2012; Mert ve Barutçu, 2012).

Öksürük; KY'de öksürüğün nedenleri arasında akciğerlerde venöz hipertansiyon, interstisyel ve alveolar pulmoner ödem, %5-20 arasında ACE inhibitörleri yer alır (Enar, 2010; Zipes, 2012). Kaynar ve ark. (2005) hastaların %6,7'sinde ACE inhibitörü kullanıma bağlı olarak öksürük görüldüğünü belirtmiştir.

Ödem; KY'nde, sodyum ve su atılımının azalması ve damarlarda vazokonstriksiyon oluşması hücreler arası alanda hacim artması sonucu ödem gelişir (Kelder ve ark., 2011). Reeder ve ark. (2015) hastaların %41,7'sinde ödem görüldüğünü belirtmektedir. Bacaklardaki ödemin akşamları artması KY için karakteristiktir. KY ödemi orta sertlikte, genel olarak simetrik, iz bırakmayan, yer çekimine bağlı dağılım gösteren bir özelliktedir (McMurray ve ark., 2012; Eryılmaz ve Akgüllü, 2014). Hastaların çoğunda her iki alt ekstremitede görülen ödem öncesinde vücut ağırlığında en az 3-5 kg artış vardır (Enar, 2010). KY'nde ödem ayak bileğinden başlar, yukarı doğru ilerler, simetriktir ve gode bırakır (Kılıçkesmez ve ark., 2010; Zipes, 2012). Ayakta gezen hastalarda ödem akşam saatlerinde artar. Yatağa bağımlı hastalarda ise daha çok sakrum üstünde görülür. Kronik ve şiddetli ödemlerde deride eritem, sertleşme ve kahverengine çalan pigmentasyon, deride veziküller görülebilmektedir (Enar, 2010; Özcan, 2010; Kozan ve ark., 2011; Eryılmaz ve Akgüllü, 2014).

İştahsızlık, Bulantı: Abdominal bulgular, gastrointestinal sistemdeki ödem ve KY tedavisinde kullanılan digoksin gibi ilaçlar iştahsızlık ve bulantıya neden olur. Özellikle yemeklerden sonra dolgunluk hissi, karın ağrısı, karında gerginlik ve kabızlık karşılaşılabilecek diğer yakınmalardır (Kahraman ve Ural, 2004; Enar, 2010; Eryılmaz ve Akgüllü, 2014).

Serebral semptomlar: KY’de dispne ve efor intoleransı ve arteriyel hipoksemiye bağlı olarak konsantrasyon bozuklukları, konfüzyon, baş ağrısı, depresyon, anksiyete ve uykusuzluk görülebilmektedir (Kozan ve ark., 2011; Kupper ve ark., 2015)

2.1.5 Kalp Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri

Kalp yetersizliği tedavisinin kısa dönemdeki amaçları, semptomları kontrol altına alıp, yaşam kalitesini arttırmaktır. Uzun dönemde ise kalp yetersizliği sendromunun karakteristik özelliği olan progresif sol ventrikül disfonksiyonunu yavaşlatarak, durdurarak veya geriye döndürerek yaşam süresini arttırmak amaçlanır (Zoghi, 2011; Kepez ve Mutlu, 2013). Kalp yetmezliğin tedavisinde üç temel amaç vardır (Ponikowski ve ark. 2016; Yancy ve ark., 2017);

1- Önleme;

- a. Kardiyak disfonksiyon ve kalp yetmezliğine neden olan hastalıkların kontrolü ve/veya önlenmesi,
- b. Kardiyak disfonksiyon saptandıktan sonra kalp yetmezliğine progresyonu önlemek,

2- Semptomların azaltılması, ortaya çıkaran faktörün/faktörlerin tedavisi, yaşam kalitesinin artırılması,

3- Yaşam süresinin uzatılmasıdır.

2.1.5.1 İlaç Tedavisi

Kalp yetmezliği hastalığının tedavisinde birçok farmakolojik ajanlar kullanılır. Bunlar; diüretikler, dijital grubu ilaçlar, vazodilatör ilaçlar, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, beta bloker ilaçlar, aldesteron reseptör antagonistleri, nitratlar ve kalsiyum kanal blokeri ilaçlardır (Badır, 2010; Enar, 2010). Son yıllarda intrakardiyak defibrilator

ve/veya kardiyak resenkronizasyon tedavisi gibi cihaz tedavileri ile mortalite ve morbidite de ek kazanımlar sağlanmıştır. Son evre hastalarda ventriküler yardımcı cihazlar (asist device) ve kardiyak transplantasyon tedavi seçenekleri arasındadır (Kepez ve Mutlu, 2013).

Diüretikler; KY’de sodyum ve kloridin tubuluslardaki spesifik bölgelerden reabsorbsiyonunu inhibe ederek sodyum retansiyonunu engellerler (Enar, 2010). KY’de en sık kullanılan diüretikler; tiazid grubu, loop diüretikleri ve potasyum tutan diüretiklerdir (Akçiçek, 2003). İlk uygulanmaya başladıkları dönemde potasyum ve kreatin düzeyinin dikkatli olarak izlenmesi gerekir (Akdemir ve Birol 2011). Diüretik kullanan hastaların günlük kilo, aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılmalıdır (Badır, 2010). Diüretiklerin yan etkileri; hipovolemi, hipotansiyon, hiponatremi, hipopotasemi, hiperürisemi ve metabolik alkalozdur (Kozan ve ark., 2011; Ponikowski ve ark., 2016).

Dijital gruba ilaçlar; Kalp glikozidleri olarak adlandırılan dijital gruba ilaçlar; miyokard kontraktilitesini (pozitif inotrop etki) artırırken, kalp hızını azaltıp (negatif inotrop etki) atriyoventriküler iletiyi (negatif dromotropik etki) yavaşlatır (Enar, 2010). KY hastalarının böbrek ve karaciğer işlevleri düzenli olarak kontrol edilmelidir (Akdemir ve Birol, 2011). İştahsızlık, bulantı, kusma, çift görme, sarı-yeşil görme, çarpıntı, nabız düzensizliği, sinirlilik ya da hafıza sorunları dijitalle bağlı zehirlenme belirti ve bulgularıdır (Bıyık, 2008; Badır, 2010).

Vazodilatatör ilaçlar; kalp yetmezliğinde artmış sistemik vasküler rezistansı (afterload) azaltmak için vazodilatör ilaçlar kullanılmaktadır (Bıyık, 2008). Vazodilatör ilaçlar diüretik ve dijital gruba ilaçların da etkisini artırmaktadır (Akçiçek, 2003).

Anjiotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) İnhibitörleri; KY’de ACE inhibitörü kullanımı sempatik aktiviteyi azaltarak endojen endotelin salınımını baskılar. Amaç endotel fonksiyonlarda iyileşme sağlayarak aldosteron düzeyini azaltmak, sodyum ve su retansiyonuna engel olmaktır. Böylece renin-anjiotensin-aldosteron sistemi bloke edilerek kalp yetmezliğinde morbidite ve mortalitede azalma sağlanır (Gök, 2002; Kahraman ve Ural, 2004; Kozan ve ark., 2011). ACE inhibitörlerinin en sık görülen yan etkisi öksürüktür ve diğer yan etkileri ise hipotansiyon, renal fonksiyonlarda bozulma,

hiperpotasemi ve anjiyoödemdir (Ponikowski ve ark., 2016). Hipotansiyon ve böbrek disfonksiyonuna neden olabileceği için tansiyon takibi ve böbrek fonksiyon testlerinin takibi önem kazanmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda ACE inhibitörünün KY tedavisinde kullanılması mortalite ve morbiditeyi düşürdüğü ve hospitalizasyonu azalttığı saptanmıştır (Kepez ve Mutlu, 2013; Badır, 2014; Yancy ve ark., 2017).

Anjiotensin Reseptör Blokerleri (ARB); Anjiotensin II reseptörlerine bağlanarak anjiotensin II salınımını bloke ederler. Preload ve afterloadı azaltarak kardiyak outputu arttırmırlar. Hipotansiyon, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve hiperpotasemiye neden olabilirler (Badır, 2014).

Beta Blokerler; Sempatik aşırı aktivasyonu engelleyerek uzun dönemde klinik durumun bozulmasını önlerler ve ani ölüm riskini azaltarak etki gösterirler (Gök, 2002; Yancy ve ark., 2017). Beta bloker kullanacak KY olan bireylere nabız sayımı öğretilmeli, nabız 60/dk'nın altında ise ilacı atlamaları gerektiği bir saat sonraki nabız kontrolüne göre ilaç alımının düzenlenmesi gerektiği öğretilmelidir (Enç ve Alkan, 2012). En sık görülen yan etkileri hipotansiyon, bradikardi, arteriyoventriküler bloklar, bronkospazm, laringospazm, boğaz ağrısı, hiperglisemi, hipoglisemi, bulantı, kusma, diyare, karın ağrısı, libidoda azalma ve yorgunluktur (Badır, 2014; Ponikowski ve ark., 2016; Yancy ve ark. 2017).

Kalsiyum Kanal Blokerleri; Miyokard hücresinin depolarizasyonu sırasında hücre içine kalsiyum girişini azaltarak arter düz kaslarında dilatasyona sebep olurlar. Ayrıca atriyoventriküler iletiyi yavaşlatarak kalp hızını azaltırken periferik arterlerde dilatasyon yaparak ön yükü azaltırlar (Gök 2002; Badır, 2010; Ponikowski ve ark., 2016).

Aldesteron Reseptör Antagonistleri; Aldesteron reseptör antagonistleri ileri evre kalp yetmezliğinde kullanılır (NYHA 3-4). Vasküler ve pulmoner fibrozisi, sempatik aktivasyonu, parasempatik inhibisyonu ve barorefleks disfonksiyonunu engeller (Gök, 2002; Yancy ve ark. 2017).

Nitratlar; Vücutta nitrik okside (NO) dönüşürek; venöz damarlarda genişlemeye bağlı olarak kalbe dönen kan akımında azalma ve arteryel kan basıncında da düşme

sağlayarak hem preload'u, hem de afterload'u azaltırlar. End diastolik ventrikül içi basıncının yani duvar geriliminin azalmasını sağlar. Bu da bir yandan subendokardiyal bölgenin kanlanması olumlu yönden etkilerken, diğer yandan kalbin iş yükünün azalmasına bağlı olarak oksijen ihtiyacının da azalmasına neden olur (Badır, 2010; Ponikowski ve ark., 2016). KY hastalarında, noktürnal dispneyi kontrol altına alabilmek amacıyla geceleri oral izosorbit mononitrat preparatları kullanılabilir. Acil durumlarda dilaltı kullanım şekli vardır. Hipotansiyon etkisi nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır (Kepez ve Mutlu, 2013; Pinkerman ve ark., 2013).

2.1.5.2 Diğer Tedavi Yöntemleri

Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi (KRT); KY ve sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu olan bireylerde, atriyum ve ventriküller arası senkronize kasılmayı düzenleyen atriyal senkronize biventriküler pacemaker tedavisi olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark., 2003).

İmplant Edilebilen Cardiyoverter Defibrilatörler (ICD) ve Sol Ventrikül Destek Cihazı (LVAD); Ağır KY hastalarında malign aritmiler nedeniyle ani ölüm riski olup, bu hastalarda ICD endikasyonu mevcuttur (Mc Murray ve ark., 2012). Diğer bir tedavi olarak “yapay kalp” olarak adlandırılan sol ventrikle pil destekli mekanik pompa türü olan cihaz LVAD cerrahi implante edilebilir. Bu cihazlar transplantasyona gidecek hastalarda sıklıkla köprü tedavisi olarak kullanılmaktadır (Mark ve ark., 2008).

Cerrahi Tedavi; Diğer tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda bir tedavi seçeneği olarak kardiyak transplantasyon yapılabilir (Young ve ark., 2003).

Kök Hücre Tedavisi; Medikal ve cerrahiye yanıtız kalıcı ventrikül disfonksiyonu gelişmiş hastalarda ventrikülün yeniden şekillenmesi, miyokardın hasar görmüş bölgesine kardiyak miyositlere farklılaşma özelliği olan progenitör hücrelerin harekete geçirilmesi veya neovaskülarizasyonun uyarılması, miyokardın başarılı olarak tamiriyle olabilir (Suzana ve ark., 2008).

2.1.6 Kalp Yetmezliğinde Prognoz ve Tekrarlı Yatış Sıklığı

Tedavi ve koruyucu önlemlerdeki ilerlemelere rağmen; prognozu kötü olup, mortalite ve morbidite oranı hala yüksek ve yaşam kalitesi düşüktür (Enar, 2010; Ponikowski ve ark., 2016). KY tanısı konulduktan sonra 4 yıl içinde hastaların %50'sinin hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Hunt ve ark., 2009). Durağan seyirli KY hastalarında bir yıllık genel mortalite %7,2; ileri evre olanlarda %13,5; 5 yıllık mortalite oranı ise yaklaşık %50 olarak bulunmuştur (Maggioni ve ark., 2013; Mozaffarian ve ark., 2015). Özellikle ileri evre KY hastalarının prognozları daha da kötü seyretmektedir. ACC/AHA evrelendirmesine göre 'D' evresinde bulunan hastaların en az %50'si 3-6 ay içinde yaşamını yitirmektedir. KY hastalarının ölümlerinin %90'ından fazlası, ilerleyici kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm olmak üzere kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir (Suzana ve ark., 2003). KY hastalarında tedavi amaçlı uygulanan ICD, KRT ve ventriküler destek cihazlarının, ACC/AHA Evre D KY hastalarında prognozu iyileştirdiği tespit edilmiştir (Young ve ark., 2003). Günümüzde, prognoza en olumlu katkıyı sağlayan ilaç dışı tedavi yöntemi kalp nakli olduğu bildirilmektedir (Özçelik, 2018). KY'nde hastalık semptomlarına ve kişilik özelliklerine bağlı olarak yaşanan uyum sorunları öz bakım davranışlarının sürdürülememesine, hastaneye tekrarlı yatışlara ve yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesine neden olmaktadır (Türkmen ve Çam, 2012; Zengin ve ark., 2012). KY olan bireylerin sıklıkla fonksiyonel kapasiteleri ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olan dispne, yorgunluk, sıvı retansiyonu, pulmoner ödem, ortopne, çarpıntı, uyku bozuklukları, depresyon ve göğüs ağrısı gibi semptomları yaşamaları nedeniyle hastaneye başvuru oranları yüksektir (Özer ve Argon 2005; Jessup ve ark., 2009; Efe ve Olgun 2011; Karaca ve Mert, 2011). Nyweide ve Arkadaşları (2013), önlenabilir tekrarlı yatışların en yaygın nedeninin KY olduğunu ve yatış sürelerinin uzun olduğunu belirtmektedirler. Yapılan çalışmalar; KY olan hastaların %13,2-18,3'ünün taburcu olduktan sonra ilk bir ay içerisinde (Luthi ve ark., 2004), %30-56,6'sının ilk üç ay içinde (Polanczyk ve Ark., 2001; Schwarzve Elman, 2003), %23-50'sinin ise ilk altı ay içinde (Rodriquez-Artalejo ve ark., 2006; Desai ve Stevenson, 2012) tekrar hastaneye yattığını bildirmektedir. Fida ve Pina'ya (2012) göre; beş yıl boyunca takip edilen bir KY hastasının bu süreç içinde; en az bir kez hastaneye yatma oranı %83 iken, birden fazla yatış ihtimali %67'dir. KY tanısıyla hastaneye yatan

bireylerin %20-55'inin kötü prognoz ve etkin olmayan bireysel izlem nedeniyle taburculukları sonrası genellikle ilk 3-6 ay içerisinde yeniden hastaneye yatışlarının yapıldığı belirtilmektedir (Uysal ve Enç, 2012).

Tekrarlı yatış nedenleri üzerine yapılan çalışmalarda, KY olan bireylerin günlük olarak semptomlarını izleyip yetmezliğe ilişkin ilerlemeyi erken fark edemedikleri ve tıbbi yardım aramayı erteledikleri bildirilmiştir (Chen ve ark. 2011; Giamouzis ve ark., 2011; Maggioni ve ark., 2013). Schwarz ve Elman (2003), KY olan bireylerin %44,2'sinin tedavi programına uyumsuzluk nedeniyle oluşan komplikasyonlara bağlı hastaneye başvurduğunu belirtmektedirler. Erken taburculuk ve yetersiz hasta aile eğitimi de tekrarlı yatış üzerinde önemli bir rol olabileceği ifade edilmektedir (Hodges, 2009). KY hastane yatışlarının altında yatan neden tıbbi faktörlerden çok tedavi ve takibe uyumsuzluk gibi davranışsal faktörlerden, sosyal destek eksikliği ve çevresel faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir (Akbiyık ve ark., 2016; Albert, 2016; Tekin ve Polat, 2018). KY'de bireysel uyumun sağlanması ile tekrarlayan yatışların önlenmesi için hastalık yönetim programlarına ihtiyaç vardır (Ruppar ve ark., 2016). Hastaların yatış sıklığını azaltmak için tanı aldığı andan itibaren hemşirelerin hasta ve ailesini bilgilendirmeleri, danışmanlık yapmaları ve izlemeleri son derece önemlidir (Karaca ve Mert, 2011).

Tekrarlı yatış sıklığının ve nedenlerinin bilinmesi, bireylerin kliniğe kabulünde ve taburculuk planında bu faktörlere yönelik bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerinin planlanmasını sağlar (Ruppar ve ark., 2016; Alkan ve Nural 2017). Hemşire liderliğindeki bakım ve izlem programlarının KY hastalarının yaşam kalitesini arttırdığı ve etkin bir hemşirelik bakımıyla KY hastalarında mortalite ve morbiditede önemli derecede azalma sağlandığı, hemşire yönetiminde verilen eğitimler sonucu hastaneye yatışların ve tekrarlanmasını azalttığı araştırmalarda bildirilmektedir (Özer, 2010; Uysal ve Enç 2012; Maggioni ve ark.,2013; Alkan ve Nural 2017). Tsuchihashi ve ark. (2013) yaptıkları bir araştırmada KY hastalarına semptom ve kilo takibi yaparak, eğitim desteği verilmiş girişim grubunda tekrarlı hastaneye yatış sıklığında azalma olduğunu saptamışlardır. Yapılan başka bir araştırmada, KY hastalarına evde diüretik kullanım protokolü geliştirilmiş ve protokol hemşireler tarafından uygulanmıştır. Protokolün

kullanımı sonucu hastaneye tekrar yatışların azaldığı saptanmıştır (Veilleux ve ark., 2014). Jones ve ark. (2012), kilo kontrolü ve diüretik kullanımına uyumun KY'ne bağlı acil servise başvuru ya da hastaneye yatış oranlarını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir.

2.1.8 Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı

Kalp yetmezliği, kronik bir hastalık olması ve semptomların kalıcı olması nedeni ile tedavi rejimine uyumun en gerekli olduğu yönetilmesi gereken bir hastalık grubudur. KY tanısı alan bireyin hastalığa fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumunun sağlanmasında, öz bakım davranışlarının desteklenmesinde, tıbbi tedaviye uyumu arttırmada, hasta eğitimi ve bakımı koordine etmede hemşirelere büyük roller düşmektedir (Karaca ve Mert, 2011; Alkan ve Nural, 2017; Yancy ve ark., 2017; Baba, 2018). Tedavi uyumu, hasta ve bakım vericisinin hastanın sağlık bakımı ve sağlıkla ilişkili kararlarına ilişkin iş birliğini ifade eder (Akıncı ve ark., 2014). Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak, tedaviye uyumun öğeleridir (Oğuz, 2009). KY'de hemşirelik bakımı; bakım davranışları (ilaç ve diyet uyumu, egzersiz vb.), semptom algısı (semptomları ve bunlarla ilişkili tehdidi nasıl algıladığını) ve semptom yönetimi süreçlerinden (ödem, nefes darlığı vb.) oluşmaktadır (Kavradım ve Özer 2013; Akıncı ve ark., 2014; Graven ve ark., 2017). Hemşireler KY olan bireylerin hastalığa uyumunu sağlamasında engel olan faktörleri tanımlayabilmeli ve hemşirelik girişimlerini planlayabilmelidir (Akbiyık ve ark., 2016). Aynı zamanda hemşireler KY'ne ilişkin klinik parametreleri izleme ve ilaç yönetimi gibi önemli görevleri üstlenmelidir (Edalman ve ark., 2018).

Kalp yetmezliğinin semptom ve bulgularının şiddeti ve tedavisinin karmaşıklığı nedeniyle bakımda hasta bireyin iş birliği gerekir. Bu nedenle bakımın merkezinde hasta birey yer almaktadır. Hemşirelik bakımında; hasta birey hastalığı hakkında bilgilendirilmeli, yaşam şeklinde değişiklikler yapması için teşvik edilmeli, bireyin hastalığa fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyumu, planlanan bakıma aktif katılımı, öz bakım davranışlarını gerçekleştirmesi sağlanmalıdır (Demir ve Ünsar; 2008Akıncı ve ark. 2014; Akbiyık ve ark., 2016). KY olan bireyler düzenli olarak sıvı retansiyonu,

nefes darlığı ve yorgunluk gibi kalp yetmezliğine yönelik erken semptomları izleyerek değerlendirebilmeli, kilo artışının önemli bir sorun olduğunu bilmeli ve gerekli önlemleri alabilmelidir (Howlett ve ark., 2010, Sezgin ve Mert, 2015).

Hasta ve Ailesinin Eğitimi; Kalp yetmezliği hastalarının hastalığı en iyi şekilde yönetebilmeleri, hem hastaların hem de ailelerinin farklılaşan yaşam şekline büyük ölçüde uyumunu gerektirmektedir. KY’nde semptomların kötüleşmesinin nedeni hastalık yönetimine olan uyumsuzluktur (Demirci, 2017). Toback ve Clark (2017)’ın yaptığı bir çalışmada; KY hastalarının ağır semptomlar yaşaması, tekrarlayıcı hastaneye yatışlar, yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik gibi nedenlere bağlı olarak hastalığı negatif algıladıkları belirtilmektedir. Hastaların hastalığı doğru bir şekilde kronik olarak algılamasının hastalık ve tedavi sürecini olumlu etkileyebilecek bir durum olduğu düşünülmektedir (Bağcıvan ve ark., 2018). Kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalığı kontrol edebilmesi için, hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, yaşam şeklinde değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif olarak katılımı ve işbirliği yapması gerekmektedir (Trivedi ve ark., 2016). Bu yüzden hemşireler bireyin hastalığı nasıl algıladığını değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlamalı, yanlış algıları düzeltmelidir. KY tedavisinde farmakolojik ve cerrahi tedavinin yanı sıra; KY’li hastaların ve yakınlarının yaşam boyu hastalık yönetimi ve seyrini geliştirmek için hastalığın izlem ve tedavisi hakkındaki eğitimlerin KY prognozunu iyileştirdiği kılavuzlarda belirtilmiştir (McMurray ve ark., 2012; Ponikowski ve ark., 2016). KY olan hastalara verilecek hemşirelik bakımında, hasta ve aileyi de içine alacak şekilde eğitim programları düzenlenmelidir. Eğitim programında; KY hastalık hakkında genel bilgi, semptom yönetimi, tuz ve su kısıtlamasının önemi, ilaçların yönetimi, ilaçların etkileşimi ve yan etkileri, fiziksel aktivitelerin ve yaşam biçimi değişikliklerinin nasıl yürütülmesi gerektiği, kilo takibi yapılması ve kaydedilmesi konularını içermelidir (Akıncı ve ark., 2014, Tokgözoğlu ve ark., 2015). Aile desteğinin; tedaviye uyum, hastaneye yatma sıklığının azalması, sağlık kurumlarının kullanımı, hastalığın kontrolünde başarı sağlanma konularında etkili olduğu belirtilmektedir (Özer, 2010; Karaca ve Mert, 2011). KY hastalarına bakım sağlayan kişilerle iletişim kurmak, telefon ya da internet aracılığıyla iletişimin devam ettirilmesi, hastaneye yatışlarının önlenmesinde ve hastalık yönetim programlarının etkinliği açısından önemlidir (Howlett ve ark., 2010). Bu

nedenle KY olan bireylerin çoklu yöntemler birlikte kullanılarak izlenmesi ve eğitimlere aile desteğinin dahil edilmesi, hastaların hastalıklarıyla yaşamayı öğrenmesinde daha etkili olacağı düşünülmektedir. Eğitimlerde kullanılan dilin basit, anlaşılır ve hastanın anlayabileceği düzeyde olmasına dikkat edilmelidir. Kitapçık, afiş, broşür, slayt, video gibi eğitim materyalleri kullanılarak eğitimin etkinliği artırılabilir (Çiftçi, 2018).

Kilo Kontrolü; Hastaların tedaviye olan inancı, bilgisi ve başarmak istemesindeki konsantrasyonu, eğitim düzeyi ve gelir durumu tedaviye olan uyumunu etkiler (Sezgin ve Mert, 2015). Hastaların kendilerini tartmaları ve günlük ağırlıklarını kaydetmeleri direkt olarak sıvı retansiyonu ve diüretik dozunun etkinliği açısından önemlidir (Saccomann ve ark., 2014). Ancak hastaların çok azı kilo artışının önemli bir sorun olduğunu bilmektedir. Yapılan çalışmalarda KY olan bireylerin yarısından daha azının günlük olarak kilo izlemi yaptığı belirtilmiş, bireylerin hastaneden çıktıktan sonra bile çok azının günlük olarak kilosunu izlediği ifade edilmiştir (Riegel ve ark., 2009; Wang ve ark., 2014). Kilo ölçümünün amacı adipoz dokuyu değerlendirmek değil, vücuttaki sıvı durumunu değerlendirmektir (Riegel ve Carlson, 2010). Bu yüzden kilo takibinin önemi ve amacı, kilodaki ani artışların ödem ile ilgili olabileceği anlatılmalıdır (Akıncı ve ark., 2014; Alkan ve Nural, 2017). Hastalar günlük olarak veya en geç haftada iki kere kendilerini tartmalı ve ölçümlerini kaydetmelidirler. Ani kilo alınması (üç gün içinde iki kg'dan fazla) durumlarında sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği anlatılmalıdır (Uysal ve Enç, 2012; Sezgin ve Mert, 2015). KY olan bireylerde kilo kaybı kaşeksiyi düşündürmektedir ve kötü prognozun belirteçlerindendir (Riegel ve ark., 2015; Yancy ve ark., 2017). Bu durum KY açısından komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bunun yanında morbid obezite durumu da semptomların yaşanmasına neden olabilmektedir (Yancy ve ark., 2017).

Tuz ve Sıvı Kısıtlaması; Yapılan çalışmalarda az tuzlu diyetle beslenmenin kardiyak semptomlarda azalmaya neden olduğu ve sağ kalımı yükselttiği görülmüştür (Son ve ark., 2011). Gözlemsel çalışmalarda diyetle sodyum alımı ile sıvı retansiyonu arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş, bu durumun hastaneye yatma için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Sönmez, 2011; Colin ve ark. 2015; Demirci, 2017). Dural'ın (2016) KY hastalarında diyetle uyumun yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı çalışmada; Diyetle

Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) yarar alt boyutundan 21.60 ± 4.33 , engel alt boyutundan 11.18 ± 3.53 puan aldıkları görülmüştür. Demirci'nin (2017) yaptığı bir çalışmada ise hastalar DUHIÖ yarar alt boyutundan 25.94 ± 4.85 , engel alt boyutundan 12.18 ± 3.17 puan almıştır.

Sen ve arkadaşlarının (2020) KY hastalarında tedaviye uyuma yönelik yaptıkları çalışmada tuz kısıtlamasına uyumu %70,5, sıvı kısıtlaması %33,8 ve günlük tartım %16,1 olarak bulunmuştur. Özer ve Argon'un (2005) sağlık davranışlarını belirlemeye ilişkin yaptıkları çalışmada, hastaların %94,1'ine doktor tarafından bir diyet önerildiğini, hastaların %39,2'sinin önerilen diyetle tamamen uyduğunu ancak, %37,3'ünün kısmen uyduğunu, %23,5'inin ise önerilen diyetle uymadığını saptamıştır. Tabi ki yaşamın çok erken bir döneminde oluşan alışkanlıkların değiştirilmesindeki zorlukları da akılda tutmak gerekir (Gardner ve ark., 2012). Diyet, hastaların arzu ettikleri, gelenekleri ve kültürel yapıları ile çatışmalar yaratabilecek değişiklikler gerektirebilir (Akyüz ve Zengin, 2018). Bireylerin tuz ve sıvı kısıtlamasını niçin yapmaları gerektikleri ve oluşan yeni yaşam tarzında birtakım düzenlemeler yapması konusunda bilinçlendirilmeli ve desteklenmelidir (Tokgözoğlu ve ark., 2015). KY'nin erken döneminde bir kompensasyon mekanizması olarak gelişen su ve sodyum retansiyonu daha sonra KY sendromlarının artmasına neden olur (Gök, 2002). KY'de, renin-angiotensin aldosteron sisteminin aktivitesinde artma ve glomerüler filtrasyon hızındaki değişikliklerin sonucu tuz tutulumu artmaktadır (Kozan ve ark., 2011). Diyetteki tuz miktarının kısıtlanması ise diüretik gereksinimini geciktirmekte veya diüretik dozunun azaltılmasını sağlamaktadır (Akçiçek, 2003). Hafif-orta derecedeki KY hastalarında sıkı bir tuz kısıtlamasına gerek yoktur. Diyetle tüketilen tuz miktarı günde 5-6 gr olmalıdır (Yancy ve ark., 2017). İleri dönem kalp yetmezliklerinde ise tüketilen tuz miktarı günde 3-4 gr olabilir (Tokgözoğlu ve ark., 2015). KY olan hastalara besinlerin tuz içeriği anlatılmalı ve alacakları paketli besinlerin etiketlerindeki sodyum miktarını kontrol etmeleri önerilmelidir. Yemeklerde baharat, nane, kekik, maydanoz, dereotu, fesleğen, defne yaprağı, rezene, biberiye gibi ıtırılı otların tuz yerine kullanılabileceği söylenmelidir (Akıncı ve ark., 2014). Durmaz'ın (2001) yaptığı araştırmada yaşlıların hemşirelik hizmeti öncesi ve sonrası diyet ve beslenme uyum durumları incelendiğinde; diyetine uyumsuz olan yaşlıların oranı %53,5 iken hemşirelik izleminden sonra bu oran %11,6'a düşmüştür.

Fazla sıvı veya sodyum alımında sıvı volüm artışına bağlı ödem, sıvı alımı az olduğunda ya da diüretiklerle aşırı sıvı kaybında dehidratasyon gelişebilir (Akıncı ve ark., 2014). Bu nedenle hastalar günlük olarak tartılmalı ve aldığı çıkardığı izlemi yapmalıdırlar. ESC 2012 kılavuzunda aşırı sıvı alımının önlenmesi gerektiği, hastanın durumuna göre kiloya göre sıvı kısıtlaması (30 ml/kg; eğer >85 kg ise 35 ml/kg) yapılabileceği bildirilmiştir (McMurray ve ark., 2012). Sıvı alımının gün içerisine yayılması önemlidir, oda sıcaklığında sıvı olan besinler bu tüketime dâhildir (su, süt, dondurma, meyve suları gibi) (Gardner, 2012).

İlaç Eğitimi; hastaneye tekrar yatışların en önemli nedenlerinden birinin bireyin ilaç uyumsuzluğu olduğu, KY'li hastalarda ilaç uyumunun %2'den %90'a kadar değişiklik gösterdiği ifade edilmiştir (Köseoğlu ve Enç, 2016). Dural'ın (2016) KY hastalarında ilaç uyumları üzerine yaptığı çalışmada hastaların İlaç Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ) yarar alt boyutundan 21.70 ± 3.67 ; engel alt boyutundan 18.43 ± 3.90 puan aldıkları görülmüştür. Demirci'nin (2017) yaptığı bir çalışmada ise hastalar İUHIÖ yarar alt boyutundan 21.93 ± 2.80 ; engel alt boyutundan $17 \pm 31 \pm 4.16$ puan almıştır.

Çalışmalarda hastaların ilaca uyumunu etkileyen faktörler; çoklu ilaç kullanımı, ilaçların karmaşık olması, ilaç etkilerini bilmeme, fonksiyonel ve bilişsel değişimler, tedaviye yetersiz inanç, semptomların ortadan kaybolması, ilaç içmeyi unutma ve ilaç saatlerine uymamama, yetersiz hasta/ sağlık profesyonelleri iletişiminin olduğu belirtilmektedir (Wu ve ark., 2012; Cicolini ve ark., 2016; Alkan ve Nural, 2017; Karadokovan, 2017; Köseoğlu ve Enç, 2017; Sen ve ark., 2020). Hastalar tıbbi tedavilerine ilişkin, özellikle de tedavinin etkileri, yan etkileri ve ilaçların nasıl alınacağı ve dozun nasıl yükseltileceği konularında yeterli bilgiye sahip olmalıdırlar (Sezgin ve Mert, 2015). Hasta, dehidrate kaldığı durumlarda diüretik dozunu, hipotansiyon gelişmesi halinde ACE inhibitörü dozunu azaltabileceğini bilmelidir (Tokgözoğlu ve ark., 2015). Diüretik tedavisinin yan etkileri arasında hipokalemi, hiponatremi gibi elektrolit denge bozukluğu, hiperürisemi, hipertrigliseridemi, nörohormonal aktivasyon, hipotansiyon ve azotemi yer almaktadır (Akçiçek, 2003). Elektrolitlerin kanda düzeylerin bozulması ile neler yaşanabileceği anlatılmalıdır. Özellikle dijital alan hastalara baş ağrısı, bulantı – kusma, renkli görmede bozukluklar gibi dijital zehirlenme belirtileri anlatılmalı ve bu belirtiler görüldüğünde

sağlık personeline başvurması gerektiği özellikle vurgulanmalıdır (Enç ve Alkan, 2012). KY hastaları ile yapılan çalışmalarda eğitim içerikli girişimlerde bulunulan grup ile geleneksel bakım verilen grup karşılaştırıldığında; eğitim verilen grubun ilaç uyumunun daha iyi olduğu ortaya konulmuştur (Molloy ve ark. 2012; Ruppar ve ark., 2015). Hemşireler uygulayacakları destekleyici eğitsel yaklaşımlar ve motivasyonu sağlayacak teknikler kullanarak tedaviye uyum düzeyini artırabilirler. İlaç saatlerini takip edemeyen hastalar için ilaç kartları hazırlanıp hangi saatlerde ilacını alacağı belirtilebilir. İlaçların düzenli ve dikkatli kullanımı KY'li hastalarda tedavideki başarıyı önemli ölçüde arttırmaktadır (Enç ve Alkan, 2012).

İstirahat ve egzersiz; KY'liği semptomların etkisiyle fiziksel aktiviteler azalır ve gelişen aktivite intoleransı hastalığın ilerlemesine sebep olmaktadır (Demirci, 2017). Aktivitelerin tümüyle kısıtlanması ya da kesin yatak istirahatının de kas atrofisi, osteoporoz, kabızlık, üriner sistemde taş ve enfeksiyon oluşması gibi yan etkileri bulunmaktadır (Akçiçek, 2003). Bu nedenle hastanın kardiyak semptomlarının ortaya çıkmasını önleyecek ya da semptomları ağırlaştırmayacak düzeyde günlük aktivitelerini ve düzenli egzersiz programını uygulaması önerilir (Ades ve ark., 2013; Taylor ve ark., 2014). Egzersiz KY olan bireylerde maksimum oksijen tüketim düzeyini artırır, kalbin kasılma gücünü artırır ve kan akımını hızlandırır (Riegel ve ark., 2015). Aynı zamanda damar yapılarında olumlu değişiklikler yaparak sol ventrikül dilatasyonunu azaltır ve semptomlarda iyileşme sağlar (O'Connor ve ark., 2009). Yapılacak egzersizin türü ve yoğunluğu konusunda hastanın klinik durumuna göre karar verilmelidir. Ancak uzun süreli yatakta kalması gereken ağır yetmezliklerde emboli olasılığına karşı bacak egzersizleri, elastik bandaj ve antikoagülan tedavi uygulanabilir (Kahraman ve Ural 2004; Akdemir ve Birol, 2011; Taylor ve ark. 2014). Toplam 52 ülkede kardiyak risk faktörlerinin belirlenmesi için yürütülmüş olan INTERHEART çalışmasında, risk faktörlerinden birinin düzensiz egzersiz yapma olduğu saptanmıştır (Held ve ark., 2012). Yaşları 71-90 arasında değişen KY olan yaşlı bireylere uygulanan egzersiz girişimleri ile ilgili yapılmış 47 randomize kontrollü çalışmanın derlendiği bir sistematik derlemede çok bileşenli (dayanıklılık, direnç ve denge) egzersizlerin bu hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı ve fonksiyonel sonuçları geliştirdiği belirtilmiştir (Theou ve ark., 2011). KY'de egzersiz yaptırılan çalışmalarda; yorgunluk düzeylerinde azalma, ilaç kullanım

uyumlarında artma, hastane yatışları ve mortalite de azalma görülmüştür (Adsett ve ark., 2015; Lombardi ve ark., 2015). Efe ve Olgun (2011)'un yaptıkları çalışmada; egzersiz eğitimi ile verilen rehabilitasyon sonrasında hastaların dispne düzeylerinde azalma saptamışlardır.

Aşılama; KY olan bireylerde doku iskemisine neden olan enfeksiyonlardan korunma önem taşımaktadır (Sezgin ve Mert, 2015). KY hastalarında; pnömokok ve influenza aşılı, tekrarlayan solunum yolu hastalıklarının önlenmesi açısından önerilmektedir (Tokgözoğlu ve ark., 2015).

Cinsel Aktivite; KY olan hastaların büyük bir çoğunluğu, hastalık tanısını aldıktan sonra cinsel yaşamın sona erdiğini düşünmekte ve kaygı duymaktadır (Yılmaz ve Ergün, 2010). Hastalar mahrem konu olduğunu düşündükleri için cinsel yönden yaşadıkları sıkıntıları söylemekten çekinmektedirler. Bu yüzden cinsel aktivite konusunda hastalar cesaretlendirilmeli ve eğitilmelidir (Çiftçi, 2018). Cinsel ilişki sırasında göğüste, sırtta ve kollarda ağrı, dispne, baş dönmesi ve aşırı çarpıntı olması durumunda cinsel aktivite sonlandırılması ve istirahate geçilmesi yönünde hasta ve partneri eğitilmelidir. Eğer uygunsa cinsel aktiviteden önce dilaltı nitratların kullanımı ve majör duygusallıktan kaçınılması tavsiye edilmelidir (Enar, 2010). NYHA sınıf 2 olan hastalar orta risk altındadır. Sınıf 3-4 cinsel aktivite ile tetiklenen kardiyak dekompanseasyon için yüksek risklidir (Yılsen, 2004).

KY olan bireylerin bakımında ve takibinde diğer hemşirelik bakımlarında olduğu gibi sistematik bir yaklaşım olan hemşirelik süreci kullanılmaktadır.

2.2 Hemşirelik Süreci Kapsamında NANDA-I ve NIC

Hemşirelik süreci, klinik problemlerin çözümünde kullanılan bir yöntem ve Amerikan Hemşireler Birliği-American Nurses Association (ANA) standartlarına göre yetkin düzeyde bakım vermek için kullanılan eleştirel bir düşünme modelidir. Hemşirelik süreci hemşire tarafından gerçekleştirilen tüm aktiviteleri (tanılama, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama ve değerlendirme) kapsar ve karar vermenin temelidir (Alfaro, 2012). Türkiye'de 8 Mart 2010 tarihli resmî gazetede yayınlanan Hemşirelik

Yönetmeliği'ne göre; “Hemşireler, uygulamalarını hemşirelik sürecine temellendirmelidir. Ayrıca hemşireler, bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” hükmü yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete; 8 Mart 2010. Sayı: 27515). DSÖ'ne göre; hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümleme yönteminin hasta yararı açısından sistemli bir biçimde kullanılmasıdır (<https://www.who.int/health-topics>). Hemşirelik sürecinin aşamaları, bilimsel problem çözme aşamaları ile paralel bir yapıdadır. Süreci hemşireliğe özgü kılan, sürecin aşamalarını dolduran bilgi ve uygulamalardır. Bu bilgi ve uygulamaları, hemşirelik modelleri ve sınıflama sistemleri oluşturmaktadır (Biol, 2013)

Hemşirelik model ve sınıflama sistemleri, sağlıklı/hasta bireyin bakım gereksinimlerine bireyselleştirilmiş ve bütüncül bir yaklaşımla çözüm olmasının yanı sıra, hemşirelik bakım kalitesini artırmakta, sağlık bakım profesyonelleri arasında iletişimi ve iş birliğini kolaylaştırmakta, meslekteki yasal ve etik durumları yazılı hale getirmekte, hemşirelerin otonomisini ve bilgisini arttırmakta, uygulamalarını geliştirmektedir. Hemşirelik süreci yaklaşımında uluslararası düzeyde hemşirelik tanılama terminolojisi olan NANDA-I ve NIC kullanımı önerilmektedir (www.nursingworld.org).

NANDA-I (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği Uluslararası-The North American Nursing Diagnosis Association International)

Hemşirelik tanısı; bir birey, aile ya da toplumun mevcut ya da olası sağlık problemlerine/yaşam süreçlerine tepkileri hakkında hemşire tarafından verilen klinik karar/yargı olarak tanımlanmaktadır (Carpenito-Moyet, 2006). Hemşirelik sürecinin en kritik basamağı olan tanılama süreci için farklı modeller ile birlikte NANDA-I tanı terminolojisindeki tanımlar kullanılmaktadır (Erdemir, 2012). NANDA-I'nın misyonu standardize hemşirelik tanımları terminolojisinin geliştirilmesini, araştırılmasını, yaygınlaşmasını ve profesyonel hemşireler tarafından kullanılacak bir sınıflandırma yapısı oluşmasını sağlamaktır (www.nanda.org). Her bir hemşirelik tanısı, etiket (tanı ismi), tanım, tanımlayıcı faktör, risk faktörü ve etyolojik faktör birleşenlerinden oluşur. NANDA-I her iki yılda bir toplanarak, hemşirelik tanımları üzerine yapılan çalışmalar

doğrultusunda NANDA-I tanı listesine yeni tanı adları eklemekte ve mevcut tanıları geliştirmektedirler. NANDA-I tarafından en son yayınlanan hemşirelik tanıları (2018-2020) kitabında 13 alan ve 47 bölümden oluşan toplam 244 hemşirelik tanısı yer almaktadır (Herdman ve Kamitsuru 2018).

NANDA-I, çözülmesi gereken bir hemşirelik problemi olarak “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” tanısını; sağlık profesyonelleri tarafından verilen sağlıkla ilgili önerilere uymak isteyen, ancak engelleyen faktörler nedeniyle bunu yapamayan bireydeki ya da gruptaki durum olarak tanımlamaktadır (www.nanda.org).

Tablo 2-5’de ‘Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük’ tanısının tanımlayıcı özelliği ve ilişkili faktörleri Erdemir (2012) ‘Hemşirelik Tanıları El Kitabı’ kaynağından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 2.5. ‘Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük’ tanısının tanımlayıcı özelliği ve ilişkili faktörleri

Tanımlayıcı Özelliği	İlişkili Faktörleri
Uyma güçlüğünün ya da tedaviye uyumsuzluğunu sözel olarak ifade edilmesi	Tedavinin yan etkileri
Uymama durumu gösteren davranışların gözlenmesi	Önerilen rejim ile ilgili daha önce başarısızlık deneyimleme
Randevulara uymama	Yönlendirme sürecinin bireye özgü olmaması
Kullanılmamış ya da kısmen kullanılmış ilaçların bulunması	Tedavinin maliyeti
Semptomların ve hastalık sürecinin ilerlemesi	Karmaşık, uzun süren tedavi
İstenmedik sonuçların meydana gelmesi	Tedavi programının tam olarak bilinmemesi

NIC (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması-Nuring Interventions Classification)

Hemşirelik süreci aşamalarından olan girişimler; hemşirenin bakım verdiği bireyin sonuçlarını iyileştirmek amacı ile klinik bilgi ve muhakemelerine dayanarak uyguladığı her türlü eylemlerdir (Benner ve ark., 2008). Hemşirelik girişimleri hem doğrudan hem de dolaylı bakım girişimlerini; bireyleri, aileleri ve toplulukları hedef alan girişimleri; hemşirelerin başlattığı, hekimin başlattığı ve diğer sağlık personeli tarafından başlatılan girişimleri kapsar (Bulechek ve ark., 2016). NIC, her alanda ve her ortamda hemşirelerin yerine getirdiği işlemleri ve girişimleri tanımlamak üzere standardize edilmiş kapsamlı

bir sınıflama sistemidir (Bulechek ve ark., 2016). İlk çalışmalarını 1987 yılında ABD’nde Iowa Üniversitesinde Joanne McCloskey ve Gloria Bulechek önderliğinde “girişim araştırma ekibi” oluşturularak başlanmıştır (<https://nursing.uiowa.edu>). NIC, bakım planında bilgilerin organizasyonu ve klinik karar verme süreçlerinde bilginin kullanımını sağlayarak, hemşirelerin bakış açısını geliştirmesiyle bakımın kalitesini artmasını, standartların oluşmasını kolaylaştırmaktadır (Erdemir ve Yılmaz, 2003). NIC girişimleri sınıflaması 2016 yılında Türkçeye çevrilerek ülkemiz hemşirelerinin kullanımına sunulmuştur. NIC’in yapısında; Yedi alan, 30 Sınıf, 554 Girişim ve 13000 Aktiviteden oluşan aşamalı sınıflandırmalar yer almaktadır. Her bir girişimin, sınıflama içinde bir adı, bir tanımı ve elektronik ortamda da kullanımını kolaylaştırmak için özgün bir kodu bulunmaktadır (Bulechek ve ark., 2016). Her girişimin altında yaklaşık 10 ile 30 arasında aktiviteler yer almaktadır ve hemşireler bakım verdiği birey için bu eylemlerden uygun olanları seçebilmektedir (Johnson ve ark., 2006).

NANDA-I’a göre ‘Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük’ hemşirelik tanısının çözümü için NIC’in önerdiği sistematik girişimler Tablo 2.6’da gösterilmiştir (Bulechek ve ark. 2016).

Tablo 2.6. ‘Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük’ hemşirelik tanısının çözümü için NIC’in önerdiği sistematik girişimler

NIC Girişimleri	NIC Aktiviteleri
7040 Bakım vericinin desteklenmesi; Sağlık personeli dışında başka bir kişi tarafından verilen hasta bakımını kolaylaştırmak için gerekli bilginin ve desteğin sağlanması	– Bakım vericinin bilgi düzeyini belirlemek – Bakım vericinin zayıf ve güçlü olduğu yönleri açığa çıkartmak – Bakım vericinin çabaları ile ilgili olumlu ifadeler kullanmak – Bakım vericiye sorumluluk almaya teşvik etmek – Hastanın tedavisi ve hastalığı hakkında bilgilendirmek – Sağlık bakım kaynakları ve toplumsal kaynaklar hakkında bilgilendirmek
5606 Öğretim: bireysel; Bir hastanın belirli gereksinimlerini karşılamak üzere oluşturulan bir	– Hastanın öğrenme gereksinimini belirlemek

öğretim programının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi	– Hastalığı ile ilgili mevcut bilgi düzeyini değerlendirmek – Hastanın öğrenmeye hazır oluşunu desteklemek – Uygun öğrenme yöntem ve eğitim materyalleri seçmek – Öğretici broşürler, videolar sağlamak – Yanlış yorumlanan bilgileri uygun şekilde düzeltmek – Hastaya endişelerini tartışma ve soru sorması için zaman tanımak – Aileyi uygun şekilde dahil etmek
5602 Öğretim: hastalık süreci; Hastanın belirli bir hastalık süreci ile ilgili bilgiyi anlamasına yardım edilmesi	– Hastalık hakkındaki mevcut bilgi düzeyini değerlendirmek – Hastalığın fizyopatolojisini uygun şekilde açıklamak – Hastalığın belirti ve bulgularını uygun şekilde tanımlamak – Hastalık sürecini uygun şekilde açıklamak – Hastanın semptomları yönetmek için neler yaptığını incelemek – Hastalık sürecini kontrol etmeye yönelik bilgilendirmek – Durumun yönetimi/ tedavisi / uygulama önerilerini tanımlamak – Hastalığa yönelik tedavinin yan etkilerini önleyecek/ en aza indireyecek önlemleri öğretmek – Hastaya hangi belirti ve bulguları sağlık personeline bildirmesi gerektiğini öğretmek
5615 Öğretim: tanımlanmış egzersiz; Hastanın tanımlanmış egzersiz düzeyine ulaşması veya devam etmesi için hazırlanması	– Mevcut egzersiz düzeyini ve bilgisini değerlendirmek – Tanımlanmış egzersizin amacı ve yaraları hakkında bilgilendirmek

	– Kısa süreli hedef koyması ve düzenli olarak egzersiz yapmasını desteklemek – Egzersizi nasıl uygulayacağını tanımlamak – Hangi egzersizin uygun olduğu konusunda bilgi vermek – Aileyi uygun şekilde dahil etmek
5614 Öğretim: tanımlanmış diyet; Hastanın tanımlanmış diyetle doğru bir şekilde uyması için hazırlanması	– Tanımlanmış diyetle ilişkin bilgi düzeyini tanımlamak – Beslenme şekli ve yeme alışkanlıklarını belirlemek – Tanımlanmış diyet hakkında bilgi vermek – Diyetle uymasının amacını açıklamak – Hastaya izin verilen ve yasaklanan yiyecekler hakkında bilgi vermek – İlaç ve besin etkileşimi hakkında bilgi vermek – Aileyi uygun şekilde dahil etmek
5616 Öğretim: tanımlanmış ilaç tedavisi; Hastanın, tanımlanmış ilaç tedavisini güvenli bir şekilde alması ve tedavinin etkilerinin izlenmesi için hazırlanması	– Her ilacı adı, amacı ve etkisi konusunda bilgilendirmek – Her ilacın dozu, kullanım şekli ve kullanım süresi hakkında bilgilendirmek – Hastanın ilaçlara ilişkin bilgisini değerlendirmek – Hastanın ilaçları kendi kendine yönetme becerisini değerlendirmek – İlaç tedavisine başlamadan önce yapılması gereken işlemlere (örn; nabız ölçümü) ilişkin bilgi vermek – İlaç tedavi dozunu ve programını değiştirmek için karar verirken hangi kriterlerin kullanıldığı hakkında bilgi vermek – Hastanın ilaçları almaması durumunda

	oluşacak sonuçlar hakkında bilgi vermek – Yan etkileri konusunda bilgi vermek – Uygun muhafazası hakkında bilgi vermek – Aşırı ya da yetersiz dozun belirti ve bulguları konusunda bilgilendirmek – Yazılı bir ilaç programı geliştirmesi için yardımcı olmak – Hastanın gerekli ilaçları temin etme becerisini belirlemek
7370 Taburculuğu planlama; Hastanın bulunduğu sağlık kurumu içinde ya da dışında, bir bakım düzeyinden başka bir bakım düzeyine geçmesi için hazırlanması	– Taburculuk için hastanın yapabildiklerini tanımlamak – Taburculuk için hazır olma durumunu belirlemek – Hastanın ve primer bakım vericinin taburculuk sonrası gerekli bilgi ve beceri düzeyini belirlemek – Taburculuk sonrası izlem için bakım planı oluşturmak – Evde bakımı sağlamada gerekli destekleyici ortamın planlanması için hasta ve ailesine yardım etmek – Öz-bakımı yapması konusunda cesaretlendirmek – Bakım verici desteğini uygun şekilde düzenlemek

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma çalışma ve kontrol gruplu non-randomize tek kör deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.10.2018 ve 30.12.2019 tarihleri arasında Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yürütülmüştür. Atatürk Devlet Hastanesi B Blok Kardiyoloji Kliniği iki ve dört kişilik hasta odalarından oluşan toplam 18 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte gündüz mesaisinde sorumlu hemşire ile birlikte üç hemşire, gece mesaisinde iki hemşire görev yapmaktadır. Hasta yatışları poliklinik, acil ve yoğun bakım ünitelerinden kliniğe yatış prosedürüne göre yapılmaktadır. Hastanın kliniğe kabulü, oryantasyonu ve taburculuk eğitimi hemşireler tarafından yapılmaktadır. Poliklinik, acil ve yoğun bakım ünitelerinin doğası gereği hastanın tedavisi ve diğer izlemlerine ilişkin detaylı bir eğitim yapılamamaktadır. Kardiyoloji kliniğinde hemşireler tarafından verilen hasta eğitimleri hasta odasında yapılmakta ve düz anlatım kullanılmaktadır. Taburculuğunda ilaç kullanımı eğitimi ve kontrol süresi bilgilendirmesi de klinikte hasta odasında ilgili hekimi tarafından yapılmaktadır. Kardiyoloji kliniği ve yoğun bakım ünitesinde hasta bakımında “Hemşirelik Süreci” yaklaşımı kullanılmakta ve elektronik ortamda Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden (HBYS) bu bakım girişimleri görülebilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji kliniğine KY tanısı ile yatışı yapılan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde KY nedeniyle tedavi gören, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmıştır. Örneklem büyüklüğü için istatistik danışmanı desteği alınmış ve örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1.3 istatistik programı kullanılmıştır (Faul ve ark., 2007). Bu programda %90 güç ve 0,05 hata payı ile 45 kişi çalışma ve 45 kişi kontrol grubu olmak üzere 90 kişi örnekleme alınması gerektiği

belirlenmiştir. Güç hesaplamasında benzer bir çalışmanın verileri kullanılmıştır (Sezgin ve ark., 2017). İstatistik uzmanı danışmanlığı ile araştırmada örneklem kaybı olabileceği göz önüne alınarak, çalışma grubuna 48, kontrol grubuna 48 olmak üzere araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 96 kişi araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırma sürecine kontrol grubu ve çalışma grubunun etkileşimi söz konusu olabileceği riski düşünülerek önce kontrol grubu ile ilgili veriler elde edilmiş ve kontrol grubundaki son hastanın taburcu olmasından sonra çalışma grubuna ilişkin uygulamalar başlatılmıştır. Araştırmada NANDA-I'a göre 'Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük' hemşirelik tanısı ve tanı ile ilgili bakım için NIC'in önerdiği sistematik girişimler hastanenin mevcut elektronik HBYS'ne entegrasyonu sağlanmıştır. Hastalardan verilerin toplanması ve girişimlerin uygulanması çalışma grubu hasta sayısının 48 olması ile araştırmaya örneklem dahil edilmesi sonlandırıldı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- KY tanısı alarak tedavi planı başlatıldıktan sonra en az ikinci kez hastaneye yatışı olan,
- 50-79 yaş arasında olan (ESC 2012 guideline'da kalp yetmezliği prevalansının 40-59 yaş grubunda %2, 60-69 yaş grubunda yaklaşık %5, 70 yaşın üzerinde yaklaşık %10 olduğu verisi kullanılarak yaş aralığı belirlenmiştir (McMurray ve ark., 2012).
- Bilinci açık olan, yer ve zaman oryantasyonu bulunan,
- NANDA-I Tanı kriterlerine göre "Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük" hemşirelik tanısı alan (Tablo.1) hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

Tablo 3.1 Kontrol ve Çalışma gruplarındaki hastalar için ‘tanımlanan rejime uymada güçlük’ tanı kriterleri

Tanımlanan rejime uymada güçlük tanısı nedeni*	Kontrol Grubu n=48 (%)	Çalışma Grubu n=48 (%)
Uyma güçlüğünün ya da tedaviye uyumsuzluğun sözel olarak ifade edilmesi	6 (12.5)	5 (10.4)
Uymama durumunu gösteren davranışların gözlenmesi	10 (20.8)	6 (12.5)
Randevulara uymama	16 (33.3)	17 (35.4)
Kullanılmamış ya da kısmen kullanılmış ilaçların bulunması	8 (16.6)	6 (12.4)
Semptomların ya da hastalık sürecinin ilerlemesi	44 (91.6)	41 (85.4)
İstenmedik sonuçların meydana gelmesi	45 (93.7)	46 (95.8)

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- İletişime ve bilgilendirmeye engel olabileceği düşünülerek psikotik tanı grubunda herhangi bir tanısı olan, ciddi mental rahatsızlığı olan, ileri derecede işitme, görme ve konuşma güçlüğü olan,
- Kendi kararı ile tedavi rejimini kabul etmeyen ve bunu hekim ve hemşireye bildiren hastalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Araştırma sırasında örneklemden çıkarılma kriterleri

- Araştırmadan ayrılmak isteyen,
- İzlem süresince genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle araştırmaya devam edemeyen hastalar araştırma kapsamından çıkarılmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamak için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan araştırma izni (Ek-11) alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmanın yürütüleceği Atatürk Devlet Hastanesi için Antalya İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni (Ek-12) alınmıştır. Araştırmayı kabul eden hastalar için yazılı bilgilendirilmiş onam (Ek-1) alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Hasta Tanıtım Formu (Ek-2), Hasta İzlem Formu (Ek-3), “Kronik kalp yetmezliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçekleri” (EK-4-5-6) kullanılarak toplandı. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği ile hasta odasında, bakım ve tedavi saatinin olmadığı saatlerde kaydedildi. Veri toplama araçlarının yanıtlanması yaklaşık 25-30 dakika sürdü. Kontrol ve çalışma grubunun taburculuk sonrası uyum ölçeklerinin uygulanması için takip aralığı literatür doğrultusunda birinci, üçüncü ve altıncı ay olarak belirlenmiştir (Polanczyk ve Ark., 2001; Schwarzve Elman, 2003; Luthi ve ark., 2004; Rodriquez-Artalejo ve ark., 2006; Desai ve Stevenson, 2012; Fida ve Pina, 2012; Uysal ve Enç, 2012) . Poliklinik kontrolüne gelmeyen hastalarla telefon ile iletişime geçilmiş ve planlama yapılarak ölçeklerin doldurulması sağlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Her iki grupta yer alan hastalardan alınacak veriler için Hasta Tanıtım Formu, Hasta İzlem Formu, “Kronik kalp yetmezliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçekleri” kullanılmıştır. İnanç ve uyum ölçeklerini her iki grupta yer alan her hastanın; yatışında, taburculuk sonrası birinci, üçüncü ve altıncı ay da olmak üzere toplam dört kez doldurması sağlanmıştır.

Hasta Tanıtım Formunda; sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, birlikte yaşanan kişiler v.b) yer almaktadır.

Hasta İzlem Formunda; hastalığa yönelik (kalp yetersizliği tanısının konulma tarihi, kalp yetersizliği nedeni ile hastaneye yatış sayısı, bir önceki hastaneye yatış tarihi, kullandığı ilaçlar ve kullanma şekli, zamanı, diyet, egzersiz) sorular yer almaktadır. Hasta İzlem Formunda yer alan, diyet, ilaç, bireysel izlem gibi rejime uyumları için geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılmış ‘Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalar İçin İnanç ve Uyum Ölçekleri’ kullanılmıştır. Ölçek maddeleri tek tek bireye okunup puanlaması

yapılmıştır. Kesinlikle katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan, kesinlikle katılıyorum 5 puan verilmiştir.

Kronik kalp yetmezliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçekleri

Ölçekler 5’li Likert tipte geliştirilmiştir ve bireyin ilaca, diyet ve bireysel izleme uyum hakkındaki inancını ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçekler bir bütün olarak ABD’de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve Arkadaşları (1997) tarafından sağlık inanç modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçeklerin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Oğuz ve Arkadaşları (2010) tarafından yapılmış, Türkçe şeklinin KY olan hastalarda geçerli ve güvenilir bir şekilde kullanılabileceği saptanmıştır. Üç ölçek tek tek kullanılabileceği gibi aynı hastada bir bütün olarak kullanılacak biçimde Türkçe’ye uyarlanmıştır. Araştırmamızda üç ölçek bir bütün olarak her hastada kullanılmıştır. Kullanımı için ölçek sahibinden izin alınmıştır (Ek-10). Ölçeklerin maddeleri KY hastalarının yaşadığı semptomlar ve hastaneye yatmaya yol açan nedenler olarak tanımlan problemleri içermektedir. Bu problemler tedavi ve tıbbi uyumu, diyet ve kendini izleme uyumunu kapsayan yarar ve engeller olmak üzere iki alt boyuttan oluşturulmuştur. Bu doğrultuda uyum için algılanan yarar ve engeller, girişimlere rehber olabilecek değerlendirme için planlanmıştır. KY hastaların hastalığının yönetiminde inandığı ve algıladığı engeller fazla ise hastalıklarının yönetiminde uyumsuz olduğunu göstermektedir (Oğuz 2009). Uyumu arttırmak için hastanın inandığı ve algıladığı yararlar artırılmalıdır.

İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ); On iki maddeden oluşan ölçeğin bireyin ilaca uyum hakkındaki inancı ölçmekte olup yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır; 1, 2, 7, 9, 10, 11. maddeleri kişinin yararı algılamasını; 3, 4, 5, 6, 8, 12. maddeleri ise engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde toplam puan en düşük altı, en yüksek 30’dur; yüksek puan, yapılan davranışlar ile yararın daha fazla algılandığını göstermektedir. Ölçeğin 9. maddesi ters kodlamadır. Engeller alt ölçeğinde toplam puan en düşük altı, en yüksek 30’dur; yüksek puan bir davranışı yaparken bireyin daha çok engelleri algıladığını göstermektedir. Ölçeğin yarar alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0.66, engel alt boyutunun ise 0.65 olarak bulunmuştur (Bennet ve ark., 2001).

Bu araştırmada İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği yarar alt boyutu cronbach alfa değeri 0.79, engel alt boyutu cronbach alfa değeri 0.59 olarak bulunmuştur.

Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ); Beşli Likert tipi bir ölçeğdir ve 12 maddeden oluşmaktadır. Yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Birinci alt boyutu kişinin yararı algılamasını (1,2,3,4,5,11,12. maddeler), ikinci alt boyutu engelleri algılamasını (6,7,8,9,10. maddeler) ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde toplam puan en düşük yedi, en yüksek 35'dir; yüksek puan yapılan davranışla yararların daha fazla algılandığını göstermektedir. Engeller alt ölçeğinde toplam puan en düşük beş, en yüksek 25'dir; yüksek puan bir davranışı yaparken bireyin daha çok engelleri algıladığını göstermektedir. Ölçeğin yarar alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0.83, engel alt boyutunun ise 0.66 olarak bulunmuştur (Bennet ve ark., 2001). Bu araştırmada Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği yarar alt boyutu cronbach alfa değeri 0.86, engel alt boyutu cronbach alfa değeri 0.62 olarak bulunmuştur.

Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BİHIÖ); 18 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçeğdir. Yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Birinci alt boyutu kişinin yararı algılamasını (3, 5, 11, 15-17. maddeler), ikinci alt boyutu engelleri algılamasını (1, 2, 4, 6-10, 12-14, 18. maddeler) ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde toplam puan en düşük altı, en yüksek 30'dur; yüksek puan yapılan davranışla yararların daha fazla algılandığını göstermektedir. Engeller alt ölçeğinde toplam puan en düşük 12, en yüksek 60'dır; yüksek puan bir davranışı yaparken bireyin daha çok engelleri algıladığını göstermektedir. Ölçeğin yarar alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0.77, engel alt boyutunun ise 0.68 olarak bulunmuştur (Bennet ve ark., 2001). Bu araştırmada Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği yarar alt boyutu cronbach alfa değeri 0.81, engel alt boyutu cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

Tekrarlı Yatış Sıklığının İzlemi

Hastaların yatış sıklığı izleminde hastaların hastaneye yatışları; klinik ziyaret, hastane bilgi yönetim sistemine (HBYS) bilgileri ve telefon ile iletişim kurularak sağlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane dışı yatışların olma ihtimaline yönelik hastalara bilgi verilerek ve yatışlarının olması durumunda telefon ile haber vermesi istenmiştir.

Kontrol ve Çalışma Grubuna Ait Girişimler

Kontrol grubu hastaları;

- ✓ Hasta ile tanışma,
- ✓ ‘Tanımlanan rejime uymada güçlük’ hemşirelik tanısını koyma,
- ✓ Araştırmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan bireylerden bilgilendirilmiş onam formunun alınması,
- ✓ Verilerin toplanması ve uyum ölçeklerinin doldurulması,
- ✓ Klinik rutin bakım hizmetleri ve tedavi protokolünün uygulanması,
- ✓ Taburculuk sonrası randevu oluşturma,
- ✓ Birinci, üçüncü ve altıncı ayda poliklinikte yüz yüze ya da telefon ile iletişim kurularak uyum ölçeklerinin doldurulması,
- ✓ Veri toplama ve takip süresi sonlandıktan sonra isteyen bireylere NIC girişimi uygulamaları kapsamında eğitim verilmesi ile süreç sonlandırılmıştır.

Çalışma grubu hastalarına uygulanacak NIC girişimleri içerisinde eğitim süreçlerinin yer alması nedeniyle eğitim planı oluşturulması için araştırmacı Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Anabilim Dalı lisans programına ait eğitim planı hazırlama dersine katılmıştır. Alınan eğitim sonrası verilecek eğitimler için eğitim planı (Ek-7-8-9), eğitimlerde kullanılacak power-point sunumu (Ek-13) hazırlanarak uzman görüşü (Hemşirelikte öğretim alanında uzman Dr. Öğr. Üyesi Nezaket Yıldırım’dan, KY hastalarını semptom yönetimi ve yaşam kalitesi üzerine çalışma gerçekleştirmiş olan Öğr. Gör. Dr. Emine İlaslan’dan, Kardiyoloji Uzmanı Dr. Özgür Çağaç’dan) alınmıştır.

Çalışma grubu hastaları;

- ✓ Hasta ile tanışma,
- ✓ ‘Tanımlanan rejime uymada güçlük’ hemşirelik tanısını koyma,
- ✓ Araştırmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan bireylerden bilgilendirilmiş onam formunun alınması,
- ✓ Verilerin toplanması ve uyum ölçeklerinin doldurulması,

- ✓ Veriler toplandıktan ve öğrenim gereksinimleri belirlendikten sonra HBYS'ne entegrasyonu sağlanan NIC girişimlerini içeren hemşire bakım planının oluşturulması (Ek-14)
- ✓ Her hastaya özgü seçilen NIC girişimlerinin uygulanması; NIC girişimleri içerisinde bulunan ve hastalara verilecek olan eğitimler; eğitim planları dahilinde hastanın genel durumu ve tedavi saatleri göz önüne alınarak 20-30 dk'yı geçmeyecek şekilde planlanmıştır. Hasta odasında yüz yüze görüşme şeklinde anlatım ve soru-cevap tekniği kullanılarak, tablet aracılığı ile powepoint sunumu yapılarak eğitimler verilmiştir. Eğitim içeriğinde; hastalığın fizyopatolojisi, belirti-bulguları, semptom yönetimi, hastalık süreci ve durum yönetim takibinde yapılacak uygulamalar (KY'ne özgü ödem kontrolü, kilo takibi ve egzersiz konular), ilaç ve diyet yönetimi ele alınmış ve bireyin kendine olan öz güvenini güçlendirilmiştir. Eğitim sonrası Türk Kardiyoloji Derneği tarafından hazırlanan kullanıma açık hasta bilgilendirme broşürü hastalara verilmiştir. Kurumda kullanılan herhangi bir broşür bulunmamaktadır.
- ✓ Hastaların taburculuk sonrası kullanacağı kilo, tansiyon, nabız ölçülerini kaydedeceği ve ilaç alma durumlarını işaretleyeceği aylık takip çizelgesi hazırlanarak verilmiş ve kullanım takipleri (1.,3. Ve 6. Ayda) yapılmıştır.
- ✓ Hastaların taburculuk sonrası takipleri için randevu oluşturularak ya da telefon aracılığı ile görüşme sağlanarak hastanede poliklinik hizmet binasında tekrar uyum ölçekleri doldurulmuş ve aylık takip çizelgeleri yenilenmiştir. Gerekli görülen ya da isteyen hastalara, hastanenin bilgilendirme odasında NIC girişimleri kapsamında bulunan eğitimlerin tekrarı için randevu oluşturulmuştur ve hastaya özgü NIC girişimleri uygulanmıştır.

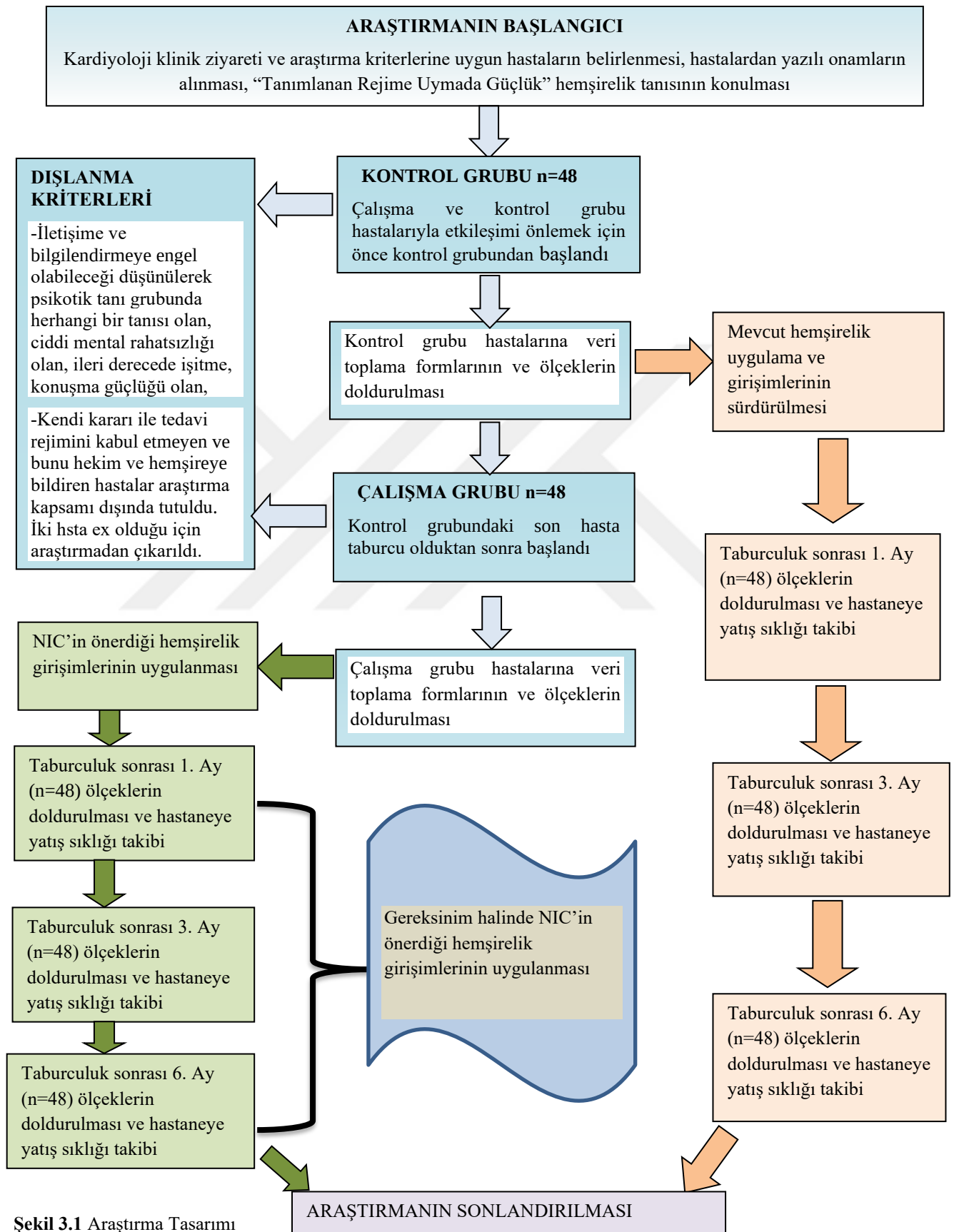
Tablo 3.2'de çalışma grubu hastalarına uygulanan NIC girişimlerinin dağılımı gösterilmektedir. Çalışma grubunda bulunan tüm hastalara, öğretim; bireysel, öğretim; hastalık süreci ve öğretim; hastalık sür içeren aktiviteler uygulanmıştır. Araştırma sonuçlandıktan sonra kontrol grubu hastalarına telefon ile ulaşılarak KY hastalığına yönelik eğitim ve öğretim çalışmaları başlatılmıştır.

Tablo 3.2 Çalışma grubuna uygulanan NIC girişimleri

Uygulanan NIC girişimleri	n=48 (%)
Bakım vericinin desteklenmesi (7040)	18 (37,5)
Öğretim; Bireysel (5606)	48 (100)
Öğretim; Hastalık süreci (5602)	48 (100)
Öğretim; Tanımlanmış egzersiz (5615)	28 (58,3)
Öğretim; Tanımlanmış diyet (5614)	48 (100)
Öğretim; Tanımlanmış ilaç tedavisi (5616)	47 (97,9)
Taburculuğu planlama (7370)	44 (91,6)
Öz-etkililiği güçlendirme (5395)	24 (50)

3.6. Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi ve normal dağılıma uygunluk gösterdiği belirlendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Fisher's Exact testi kullanıldı. İkili gruba göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan veriler için bağımsız iki örnek t testi kullanıldı. Üç ve üzeri zamana göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan verilerde tekrarlı ölçümler için varyans analizi kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için Median $\pm$ Standart sapma ve ortanca (minimum- maksimum) şeklinde, kategorik veriler için frekans (yüzde) olarak sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.



4.BULGULAR

Bu araştırma KY olan bireylerde “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” hemşirelik tanısına yönelik sınıflandırılmış hemşirelik girişimleri kullanımının, tekrarlı hastaneye yatış sıklığı üzerine etkisini incelemek ve tedaviye uyumunu değerlendirmek amacı ile planlandı. Araştırmanın bulguları hastaların demografik bilgileri ve hastalığına ilişkin bilgiler, tedavi rejimine uyumsuzluk tanısı kapsamındaki parametrelere ilişkin veriler, verilen hemşirelik bakımını değerlendirmede kullanılan tekrarlı yatış sıklığına ilişkin verilerden oluşmaktadır.

Tablo 4.1’de kontrol ve çalışma grubunda yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Hastaların yaş ortalamaları kontrol grubunda $67,89 \pm 6,3$ ve çalışma grubunda $67,66 \pm 7,7$ ’dir. Kontrol grubu hastalarının %52,1’i (n:25) ve çalışma grubu hastalarının %54,2’si (n:26) erkektir. Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımlarında kontrol grubunun %79,2’sinin ve çalışma grubunun %54,2’ sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun (kontrol: %95,8; çalışma: %87,5) çalışmadığı ve il merkezinde (kontrol: %85,4; çalışma: %66,7) yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastalar çoğunlukla aile bireyleri ile birlikte yaşamakta (kontrol: %68,8; çalışma: %64,6) ve ailede bakmakla yükümlü olduğu bireyler (kontrol: %89,6; çalışma: %87,5) bulunmamaktadır. Hastaların yaşadıkları evler bir sağlık kuruluşuna yürüyebileceği mesafede (kontrol: %56,3; çalışma: %39,6) bulunmaktadır. Hastaların tamamının sağlık güvenceleri mevcuttur. Kontrol ve çalışma gruplarına ait demografik veriler homojenlik göstermektedir. Eğitim ve gelir-gider durumundaki her iki grup arasındaki anlamlı bir farklılık olmakla birlikte iki grup arasında müdahaleyi etkileyecek belirgin bir farklılık oluşturmamıştır.

Tablo 4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Gruplar (n=96)		İstatistiksel Anlamlılık	
	Kontrol Grubu n=48 (%)	Çalışma Grubu n=48 (%)	χ^2	p
Yaş				
M $\pm$ SD	67,89 $\pm$ 6,3	67,66 $\pm$ 7,7	0,160	0,873
Ort. (Min.- Max.)	68,5 (55-78)	67,5 (54-79)		
Cinsiyet				
Kadın	23 (47,9)	22 (45,8)	0,042	0,838
Erkek	25 (52,1)	26 (54,2)		
Eğitim Durumu				
Okur-Yazar değil	7 (14,6)	9 (18,8)	8,750	0,013
İlköğretim	38 (79,2)	26 (54,2)		
Lise	3 (6,3)	13 (27,1)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	2 (4,2)	6 (12,5)	---	0,268 ^F
Çalışmıyor	46 (95,8)	42 (87,5)		
Yaşadığı Yer				
Köy/Kasaba	4 (8,3)	5 (10,4)	5,792	0,055
İlçe	3 (6,3)	11 (22,9)		
İl	41 (85,4)	32 (66,7)		
Evinin Sağlık Kuruluşuna Uzaklığı				
Evin yakınında	8 (16,7)	14 (29,2)	4,028	0,258
Yürüyebileceğim mesafede	27 (56,3)	19 (39,6)		
Araba ile gidebileceğim mesafede	13 (27)	15 (31,2)		
Evinin Eczaneye Uzaklığı				
Evin yakınında	10 (20,9)	14 (29,2)	2,799	0,424
Yürüyebileceğim mesafede	26 (54,1)	19 (39,6)		
Araba ile gidebileceğim mesafede	12 (25)	15 (31,2)		
Birlikte Yaşadığı Bireyler				
Yalnız	3 (6,3)	6 (12,5)	1,106	0,575
Aile Bireyleriyle	33 (68,8)	31 (64,6)		
1.Derece Yakınlarıyla	12 (25)	11 (22,9)		
Bakmakla Yükümlü Olduğu Bireyler				
Var	5 (10,4)	6 (12,5)	0,103	0,749
Yok	43 (89,6)	42 (87,5)		

Ailede Sağlık Çalışanı				
Var	2 (4,2)	1 (2,1)	---	1,000 ^F
Yok	46 (95,8)	47 (97,9)		
Sağlık Güvence				
SGK	48 (100)	48 (100)	---	---
Gelir Gider Durumu				
Gelir gidere eşit	36 (75)	44 (91,7)	4,800	0,028
Gelir giderden az	12 (25)	4 (8,3)		

χ^2 : Ki-kare test istatistiği, F: Fisher's Exact testi, *çoklu yanıt

Tablo 4.2'de çalışma ve kontrol grubu hastalarının KY'ne ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların yarısından fazlası fiziksel gereksinimlerini karşılamada bağımsızdır (kontrol: %60,4; çalışma: %58,3), hastaneye ulaşımında çoğunlukla araç kullanmaktadırlar (kontrol: %85,4; çalışma: %68,8). EF oranları incelendiğinde araştırma kapsamındaki her iki gruptaki hastalar (kontrol: %52; çalışma: %60,5) %40'ın altında olan düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY (DEF-KY) sınıflandırması içinde yer almaktadırlar. Kontrol grubu hastalarının %33,3'ü; çalışma grubunun %45,8'inin son bir yıl içinde 3 ve üzeri acile başvuru sıklığı bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğunda KY'ne eşlik eden ek hastalıklar içinde hipertansiyonun (kontrol: %70,8; çalışma: %85,4); yatış semptomları içerisinde nefes darlığının (kontrol: %97,9; çalışma: %87,5) yer aldığı görülmektedir. Hastaların tümüne yakınında hastaneye yatışında pretibial ödem varlığı (kontrol %95,8; çalışma %87,5) söz konusudur. Pretibial ödemi bulunan hastaların çoğunluğu 2 + ödeme (kontrol ve çalışma %43,8) sahiptir.

Tablo 4.2. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların hastalık özellikleri

Kalp Yetmezliğine İlişkin Özellikler	Gruplar (n=96)		İstatistiksel Anlamlılık	
	Kontrol grubu n=48 (%)	Çalışma grubu n=48 (%)	x ²	p
Hastaneye Geliş Şekli				
Yürüyerek	6 (12,5)	8 (16,7)	5,651	0,059
Araç ile	41 (85,4)	33 (68,8)		
112' ile	1 (2,1)	7 (14,6)		
Fiziksel Gereksinimlerini Karşılama				
Bağımlı	1 (2,1)	2 (4,2)	0,351	0,839
Yarı Bağımlı	18 (37,5)	18 (37,5)		
Bağımsız	29 (60,4)	28 (58,3)		
Ailede Kalp Hastalığı				
Var	40 (83,3)	38 (79,2)	0,274	0,601
Yok	8 (16,7)	10 (20,8)		
Ejeksiyon Fraksiyonu (%)				
40 ve altı	25 (52)	29 (60,5)	2,711	0,258
41-49	6 (12,5)	9 (18,7)		
50 ve üstü	17 (35,5)	10 (20,8)		
Tanı Yılı				
1-3	6 (12,5)	6 (12,5)	2,524	0,471
4-6	22 (45,8)	15 (31,2)		
7-9	13 (27,1)	16 (33,4)		
10 ve üzeri	7 (14,6)	11 (22,9)		
Acile Başvuru Sıklığı (1 yıl içinde)				
Yok	8 (16,7)	7 (14,5)	3,301	0,347
1 Kez	11 (22,9)	5 (10,5)		
2 Kez	13 (27,1)	14 (29,2)		
3 ve Üzeri	16 (33,3)	22 (45,8)		
Ek Hastalıklar*				
HT	34 (70,8)	41 (85,4)	3,460	0,629
DM	20 (41,7)	21 (43,8)		
Kapak hastalığı	5 (10,4)	5 (10,4)		
KOAH	13 (27,1)	12 (25)		
Aritmiler	21 (43,8)	24 (50)		

Yatış semptomları*

Nefes darlığı	47 (97,9)	42 (87,5)		
Çarpıntı	16 (33,3)	14 (29,1)		
Ayaklarda şişlik	34 (70,8)	36 (75)		
Halsizlik, yorgunluk	20 (41,6)	26 (54,1)	13,311	0,347
Öksürük	9 (18,7)	8 (16,6)		
Göğüs ağrısı	7 (14,5)	11 (22,9)		
İştahsızlık	3 (6,2)	5 (10,4)		

Pretibial Ödem Durumu

Var	46 (95,8)	42 (87,5)	---	0,268 ^F
Yok	2 (4,2)	6 (12,5)		

Pretibial Ödem Derecesi

Yok	2 (4,2)	6 (12,5)		
1 +	11 (22,9)	7 (14,6)	2,889	0,409
2 +	21 (43,8)	21 (43,8)		
3 +	14 (29,2)	14 (29,2)		

χ^2 : Ki-kare test istatistiği, F: Fisher's Exact testi, *çoklu yanıt

Tablo 4.3'de kontrol ve çalışma grubunda yer alan hastaların sağlık davranışlarına ilişkin bulgular gösterilmektedir. Hastaların BKİ hesaplandığı zaman büyük çoğunluğu kilolu (kontrol: %62,5; çalışma %58,3) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu kısmen hareketli bir yaşam biçimi (kontrol: %77,1; çalışma: %70,8) olduğunu ve düzenli spor yapmadıklarını (kontrol: %62,5; çalışma: %60,4) bildirmişlerdir. Kontrol grubunda yer alan hastaların %55,6'sı ve çalışma grubunda yer alan hastaların %78,9'u her gün spor yapmaktadır. Düzenli spor yapmadığını belirten hastaların çoğunluğu (kontrol: %60; çalışma: %69) kendilerini sürekli yorgun hissettikleri için spor yapmadıklarını bildirmişlerdir. Hastaların çoğunluğunun hekimin önerdiği zaman mutlaka sağlık kontrollerine geldikleri (kontrol: %64,6; çalışma: %64,6) belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakını hekim tarafından ilaç kullanımı konusunda (kontrol: %93,6; çalışma: %100) ve hastalık hakkında (kontrol: %91,5; çalışma: %87) bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Hastaların tanı aldıktan sonra hemşire tarafından bilgilendirme durumu (kontrol: %8,3; çalışma: %12,5) düşük bulunmuştur.

Tablo 4.3 Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların sağlık davranışlarının dağılımı

Sağlık Davranışlarına İlişkin Özellikler	Gruplar (n=96)		İstatistiksel Anlamlılık	
	Kontrol grubu n=48 (%)	Çalışma grubu n=48 (%)	χ^2	P
Sigara				
Evet	-	3 (6.3)		
Hayır	29 (60.4)	27 (56.3)	3,098	0,212
Bıraktı	19 (39.6)	18 (37.5)		
Alkol				
Hayır	48 (100)	48 (100)	---	---
Beden Kitle İndeksi (BKİ)				
Zayıf	3 (6.3)	5 (10.5)		
Normal	11 (22.9)	6 (12.5)	0,616	0,433
Kilolu	30 (62.5)	28 (58.3)		
Obez	4 (8.3)	9 (18.7)		
Hareketli Yaşam Biçimi				
Evet	7 (14.6)	9 (18.8)		
Kısmen	37 (77.1)	34 (70.8)	0,488	0,784
Hayır	4 (8.3)	5 (10.4)		
Düzenli Spor Durumu				
Evet (Yürüyüş)	18 (37.5)	19 (39.6)	0,044	0,834
Hayır	30 (62.5)	29 (60.4)		
Spor Yapma Sıklığı (n: 18/19)				
Her gün	10 (55.6)	15 (78.9)	6,578	0,037
Haftada 3-4 gün	8 (44.4)	4 (2.1)		
Spor Yapmama Nedeni (n: 30/29) *				
Zaman bulamıyor	2 (6.7)	2 (6.9)		
Faydalı olduğuna inanmıyor	10 (33.3)	11 (37.9)	1,323	0,857
Sürekli yorgun hissediyor	18 (60)	20 (69)		
Fiziksel kısıtlılık	4 (13.3)	2 (6.9)		
Sağlık Kontrolü Durumu				
Hekim önerdiği zaman mutlaka gelmek	31 (64.6)	31 (64.6)		
Randevuyu geciktirmek	8 (16.7)	6 (12.5)	0,486	0,784
Rahatsızlık hissettikçe kontrole gelmek	9 (18.8)	11 (22.9)		

Tanı aldıktan sonra hekim tarafından

bilgilendirme durumu				
Evet				
Hayır	47 (97.9)	46 (95.8)	---	1,000 ^F
	1 (2.1)	2 (4.2)		
Hekimin hangi konuda bilgilendirdiği*				
Hastalık hakkında	43 (91.5)	40 (87)		
Diyet	7 (14.9)	6 (13)		
İlaç kullanımı	44 (93.6)	46 (100)	6,489	0,166
Egzersiz	---	---		
Sağlık kontrolleri	9 (19.1)	16 (34.8)		
Tanı aldıktan sonra hemşire tarafından bilgilendirme durumu				
Evet	4 (8.3)	6 (12.5)	0,447	0,504
Hayır	44 (91.7)	42 (87.5)		
Hemşirenin hangi konuda bilgilendirdiği*				
Hastalığım hakkında	---	3 (50)		
Diyet	4 (100)	6 (100)	4,524	0,210
İlaç kullanımı	---	---		
Egzersiz	---	---		

χ^2 : Ki-kare test istatistiği, F: Fisher's Exact testi, *çoklu yanıt

Tablo 4.4'de kontrol ve çalışma grubu hastalarının İ.U.H.İ.Ö.'nin yarar alt boyutu ve engel alt boyutunun karşılaştırması yer almaktadır. Yarar alt boyutu ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışın yararlarını daha fazla algıladığını göstermekte ve en düşük 6 puan, en yüksek toplam puan 30'dur. Toplam puan yükseldikçe yarar algılama boyutunda başarı yükselmektedir. Buna göre ilk yatışta yarar alt boyutu puan ortalaması kontrol grubu hastalarında $21,6 \pm 3,5$ ve çalışma grubu hastalarında $21,5 \pm 2,8$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Grupların birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay İ.U.H.İ.Ö yarar alt boyutunun puan ortalamalarında ilk yatışa göre çalışma grubundaki hastaların puanlarının kontrol grubu hastalarına göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). (Kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $21,7 \pm 3,4$; $21,8 \pm 3,2$; $21,8 \pm 3,2$ ve çalışma grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $25,4 \pm 2$; $25,7 \pm 2,1$; $25,7 \pm 2$).

Engel alt boyutu ölçeğinde yüksek puan bir davranışı yapmada daha çok engelleri algıladığını göstermekte ve en düşük 6 puan, en yüksek toplam puan 30'dur. Toplam puan azaldıkça engel algılama boyutunda başarı yükselmektedir. Buna göre ilk yatışta engel alt boyutu puan ortalaması kontrol grubu hastalarında $18,5 \pm 3,6$ ve çalışma grubu hastalarında $18,4 \pm 2,2$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Grupların birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay İ.U.H.İ.Ö engel alt boyutunun puan ortalamalarında ilk yatışa göre çalışma grubundaki hastaların puanlarının kontrol grubu hastalarına göre düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $18,7 \pm 3,7$; $18,8 \pm 3,8$; $18,7 \pm 3,8$ ve çalışma grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $14,3 \pm 2$; $13,9 \pm 2,2$; $13,8 \pm 2,2$ olarak elde edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin karşılaştırılması

İ.U.H.İ.Ö alt boyutları	Gruplar (n=96)		İstatistiksel Anlamlılık	
Yarar (min.-max.:6-30)	Kontrol Grubu M± SD	Çalışma Grubu M± SD	t	p
İlk yatış	21,6 ± 3,5	21,5 ± 2,8	0,065	0,949
1. Ay	21,7 ± 3,4	25,4 ± 2	-6,511	<0,001
3. Ay	21,8 ± 3,2	25,7 ± 2,1	-7,059	<0,001
6. Ay	21,8 ± 3,2	25,7 ± 2	-7,136	<0,001
Engel (min.-max.:6-30)				
İlk yatış	18,5 ± 3,6	18,4 ± 2,2	0,271	0,787
1. Ay	18,7 ± 3,7	14,3 ± 2	7,259	<0,001
3. Ay	18,8 ± 3,8	13,9 ± 2,2	7,692	<0,001
6. Ay	18,7 ± 3,8	13,8 ± 2,2	7,683	<0,001

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

Tablo 4.5'de kontrol ve çalışma grubu hastalarının D.U.H.İ.Ö.'nin yarar alt boyutu ve engel alt boyutunun karşılaştırması yer almaktadır. Yarar alt boyutu ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışın yararlarını daha fazla algıladığını göstermekte ve en düşük 7 puan, en yüksek toplam puan 35'dir. Toplam puan yükseldikçe yarar algılama boyutunda başarı yükselmektedir. Buna göre ilk yatışta yarar alt boyutu puan ortalaması

kontrol grubu hastalarında $26,8 \pm 3,3$ ve çalışma grubu hastalarında $26,7 \pm 5$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Grupların birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay D.U.H.İ.Ö yarar alt boyutunun puan ortalamalarında ilk yatışa göre çalışma grubundaki hastaların puanlarının kontrol grubu hastalarına göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $26,8 \pm 3,5$; $26,9 \pm 3,3$; $26,6 \pm 3,4$ ve çalışma grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $30 \pm 3,5$; $30,7 \pm 3$; $30,6 \pm 2,8$).

Engel alt boyutu ölçeğinde yüksek puan bir davranışı yapmada daha çok engelleri algıladığını göstermekte ve en düşük 5 puan, en yüksek toplam puan 25'dir. Toplam puan azaldıkça engel algılama boyutunda başarı yükselmektedir. Buna göre ilk yatışta engel alt boyutu puan ortalaması kontrol grubu hastalarında $13,8 \pm 2,5$ ve çalışma grubu hastalarında $13,9 \pm 2,2$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Grupların birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay D.U.H.İ.Ö engel alt boyutunun puan ortalamalarında ilk yatışa göre çalışma grubundaki hastaların puanlarının kontrol grubu hastalarına göre düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $14 \pm 2,2$; $13,9 \pm 2,3$; $13,7 \pm 2,4$ ve çalışma grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $11,3 \pm 1,7$; $10,9 \pm 1,6$; $10,9 \pm 1,5$). (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin karşılaştırılması

D.U.H.İ.Ö alt boyutları	Gruplar (n=96)		İstatistiksel Anlamlılık	
Yarar (min.-max.:7-35)	Kontrol Grubu M± SD	Çalışma Grubu M± SD	t	p
İlk yatış	$26,8 \pm 3,3$	$26,7 \pm 5$	0,169	0,867
1. Ay	$26,8 \pm 3,5$	$30 \pm 3,5$	-4,497	<0,001
3. Ay	$26,9 \pm 3,3$	$30,7 \pm 3$	-5,966	<0,001
6. Ay	$26,6 \pm 3,4$	$30,6 \pm 2,8$	-6,224	<0,001
Engel (min.-max.:5-25)				
İlk yatış	$13,8 \pm 2,5$	$13,9 \pm 2,2$	0,213	0,832
1. Ay	$14 \pm 2,2$	$11,3 \pm 1,7$	6,63	<0,001

3. Ay	13,9 ± 2,3	10,9 ± 1,6	7,381	<0,001
6. Ay	13,7 ± 2,4	10,9 ± 1,5	6,913	<0,001

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

Tablo 4.6’da kontrol ve çalışma grubu hastalarının B.İ.H.İ.Ö.’nin yarar alt boyutu ve engel alt boyutunun karşılaştırması yer almaktadır. Yarar alt boyutu ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışın yararlarını daha fazla algıladığını göstermekte ve en düşük 6 puan, en yüksek toplam puan 30’dur. Toplam puan yükseldikçe yarar algılama boyutunda başarı yükselmektedir. Buna göre ilk yatışta yarar alt boyutu puan ortalaması kontrol grubu hastalarında $19,2 \pm 3$ ve çalışma grubu hastalarında $19 \pm 3,7$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Grupların birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay B.İ.H.İ.Ö yarar alt boyutunun puan ortalamalarında ilk yatışa göre çalışma grubundaki hastaların puanlarının kontrol grubu hastalarına göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $19,6 \pm 2,8$; $19,7 \pm 3$; $19,8 \pm 2,8$ ve çalışma grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $22,6 \pm 2,9$; $23,9 \pm 2,5$; $24 \pm 2,5$)

Engel alt boyutu ölçeğinde yüksek puan bir davranışı yapmada daha çok engelleri algıladığını göstermekte ve en düşük 12 puan, en yüksek toplam puan 60’dır. Toplam puan azaldıkça engel algılama boyutunda başarı yükselmektedir. Buna göre ilk yatışta engel alt boyutu puan ortalaması kontrol grubu hastalarında $34,3 \pm 6,8$ ve çalışma grubu hastalarında $34,2 \pm 8,5$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Grupların birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay B.İ.H.İ.Ö engel alt boyutunun puan ortalamalarında ilk yatışa göre çalışma grubundaki hastaların puanlarının kontrol grubu hastalarına göre düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $34 \pm 6,6$; $34,2 \pm 7$; $34 \pm 6,8$ ve çalışma grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla $27,6 \pm 7,5$; $25,6 \pm 7,1$; $25,5 \pm 6,2$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin karşılaştırılması

B.İ.H.İ.Ö alt boyutları	Gruplar (n=96)		İstatistiksel Anlamlılık	
Yarar (min.-max.:6-30)	Kontrol Grubu M± SD	Çalışma Grubu M± SD	t	p
İlk yatış	19,2 ± 3	19 ± 3,7	0,274	0,784
1. Ay	19,6 ± 2,8	22,6 ± 2,9	-5,14	<0,001
3. Ay	19,7 ± 3	23,9 ± 2,5	-7,314	<0,001
6. Ay	19,8 ± 2,8	24 ± 2,5	-7,604	<0,001
Engel (min.-max.:12-60)				
İlk yatış	34,3 ± 6,8	34,2 ± 8,5	0,04	0,968
1. Ay	34 ± 6,6	27,6 ± 7,5	4,446	<0,001
3. Ay	34,2 ± 7	25,6 ± 7,1	5,901	<0,001
6. Ay	34 ± 6,8	25,5 ± 6,2	6,327	<0,001

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

Tablo 4.7’de çalışma ve kontrol grubu hastalarının 6 ay içinde tekrarlı hastaneye yatış sıklığı gösterilmektedir. Kontrol grubu hastalarının toplam %41,6’sının, çalışma grubu hastalarının toplam %12,5’inin son 6 ay içinde tekrar hastaneye yattığı görülmektedir. Kontrol grubunda %18,7 hastanın son 6 ay içinde 2 kez tekrar yatışı mevcuttur.

Tablo 4.7 Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığının karşılaştırılması

Gruplar (n=96)			İstatistiksel Anlamlılık	
Tekrar yatış sıklığı (6 ay içinde)	Kontrol grubu n=48 (%)	Çalışma grubu n=48 (%)	X ²	p
Yok	28 (58.3)	42 (87.5)	11,532	0,003
Var	20 (41.6)	6 (12.5)		
1 kez	11 (22.9)	5 (10.4)		
2 kez	9 (18.7)	1 (2.1)		

5. TARTIŞMA

Araştırmada KY olan bireylerde “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” hemşirelik tanısına yönelik NIC girişimlerinin uygulanması sonucu tedaviye uyumu ve tekrarlı hastaneye yatış sıklığı üzerine etkileri incelenmiş; elde edilen bulgular ve oluşturulan hipotezler doğrultusunda aşağıda yer alan ana başlıklar altında tartışılmıştır.

- NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında ilaca uyum düzeyine etkisi,
- NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında diyetle uyum düzeyine etkisi
- NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında bireysel izlem hakkındaki inançları düzeyine etkisi
- NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında tekrarlı hastaneye yatış sıklığına etkisi

NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında ilaca uyum düzeyine etkisi; araştırmada çalışma grubu hastalarının girişimler sonrası ilaca uyum yararlılık alt boyutu puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışma grubu hastalarına uygulanan NIC girişimleri (öğretim; tanımlanmış ilaç tedavisi, bakım vericinin desteklenmesi, taburculuğu planlama) doğrultusunda hastaların birinci ayında yarar alt boyutları en yüksek 30 puana göre $25,4 \pm 2$; üçüncü ve altıncı ayda yarar alt boyutları puan ortalaması $25,7 \pm 2$ 'dir. Çalışma grubu hastalarının ilaca uyum engel alt boyutu puanları uygulanan NIC girişimleri sonucu kontrol grubu hastalarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (en düşük 6 puana göre $13,8 \pm 2,2$). Yapılan NIC girişimleri sonucu hastaların ilaç uyumundaki yarar boyutu algılama inanç düzeyi artmış, engelleri algılama düzeyi azalmış olup tedaviye olan uyum ve inançlarının sağlandığı söylenebilir.

Kronik hastalıklarda sürekli ilaç kullanımı söz konusu olduğunda, özellikle tedaviye inanç ve bilgi eksikliği olmak üzere bireysel ve hastalığa yönelik nedenler ilaç kullanımının sürekliliğini etkileyebilir. Nitekim kalp yetmezliği tanısı alan hastaların ilaca uyumları konusundaki tanımlayıcı çalışmalarda hastaların ilaca uyumlarında sorunlar olduğu görülmektedir (Turrise, 2015; Cicolini ve ark., 2016; Alkan ve Nural, 2017; Sen ve ark., 2020). Türkiye’de kronik hastalıklarda tedavi uyumu araştırmasının sonuçlarına göre; hasta ve hasta yakınlarının eğitimi, sağlık profesyonelleri ve hasta

arasındaki iletişim, hasta destek programlarının tedavi uyumunda etkili olduğu belirtilmektedir (www.abbvie.com.tr.2018). Yanı sıra ilaçların gerekliliğine duyulan inancın yüksek olmasının ilaç uyumunu olumlu etkilediği bildirilmektedir (Alhewiti, 2014; Sweileh ve ark., 2014; Cicolini ve ark., 2016; Alsous ve ark., 2017). Turrise (2015) yaptığı çalışmada tedavinin etkinliğine inananların ilaç uyumunu daha yüksek oranda olduğunu; ilaç etkinliği konusunda endişesi yüksek olanların ise kontrol grubuna göre 30 gün içinde hastaneye yeniden yatış oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yapılan literatür taramasında özellikle KY tanılı hastalarına yönelik ilaca uyumu için NIC girişimlerini içeren herhangi bir çalışmaya ulaşılammıştır. Ancak, NIC girişimlerine benzer eğitimlerin kronik hastalıkların yönetiminde etkili olduğu görülmüştür. Hale ve ark. (2016)'nın yaptığı bir çalışmada ilaç kullanım takibi ve evde vital bulguların takibi sistemi kullanımı hastane yatış riskini %80 azaltmış ve ilaç uyumunu arttırmıştır. Özcan ve ark. (2013)'nin yaptıkları çalışmada hemşire tarafından verilen interaktif eğitimin ilaç kullanım bilgi düzeylerinin ve uyumlarının arttığını saptamışlardır. Miyokart infarktüsü geçiren hastalarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, hastanın hekimi tarafından hasta ve hasta yakınlarına ilacın kullanımına ilişkin hatırlatıcı eğitim notları elektronik posta ile gönderilmiş ve yapılan eğitim programları ile hastaların olumlu sağlık davranışı geliştirdikleri ortaya konulmuştur (Schwalm ve ark., 2015). Kronik hastalıklarda eğitimin ilaca uyum üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışma sonuçları araştırmada çoğunluğu eğitim ve izleminden oluşan NIC girişimlerinin etkinliğini gösteren araştırma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamında KY tanılı hastaların ilaca uyumunu kolaylaştırmak için uygulanan NIC girişimlerinde bireye: kullanılan ilaçların adı, amacı, etkisi ve yan etkileri; her ilacın dozu, kullanım şekli, kullanım zamanı ve kullanım süresi; ilaç miktarları takibinin önemi, saklama koşulları ve unuttuğu durumlarda yapılacaklar; ilaç besin etkileşimleri, yazılı ilaç kullanım programı kullanımı (tansiyon, nabız ölçüm ve ilaç kontrol takip çizelgesi) konularını içeren eğitimler yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen ilacın yararlılık puanlarının yüksek ve ilaç kullanımı engel puanlarının düşük olması istendik bir sonuçtur ve verilen eğitimin etkinliği yönünden önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle KY tanılı bireylerin yaşam kalitesi ve sağ kalım süreci

çoğunlukla ilaca uyumuna bağlıdır. Bu kapsamda NIC girişimlerinin ilaç uyumunu sağlamada özellikle KY hastalarında etkili olması umut verici olarak kabul edilebilir.

NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında diyetle uyum düzeyine etkisi; araştırmada çalışma grubu hastalarının girişim sonrası diyetle uyum yararlılık alt boyutu puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışma grubu hastalarına uygulanan NIC girişimleri (öğretim; tanımlanmış diyet, bakım vericinin desteklenmesi, taburculuğu planlama) doğrultusunda hastaların birinci ayında yarar alt boyutları en yüksek 35 puana göre $30 \pm 3,5$; üçüncü ayda yarar alt boyutları puan ortalaması $30,7 \pm 3$ ve altıncı ayda $30,6 \pm 2,8$ 'dir. Çalışma grubu hastalarının diyetle uyum engel alt boyutu puanları uygulanan NIC girişimleri sonucu kontrol grubu hastalarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (en düşük 5 puana göre $11,3 \pm 1,7$). Yapılan NIC girişimleri sonucu hastaların diyet uyumundaki yarar boyutu algılama inanç düzeyi artmış, engelleri algılama düzeyi azalmış olup diyetle olan uyum ve inançlarının sağlandığı söylenebilir.

Düşük sodyumlu diyetle uyumda engelleri hedefleyen girişimlerin yaşam kalitesini düzeltebileceği vurgulanmaktadır (Heo ve ark., 2014). Araştırmada çalışma grubu hastalarına uygulanan NIC girişimleri sonucu DUHIÖ engel alt boyutu puanındaki azalmanın hastaların bazı engelleri çözümleme konusunda başarılı olduğunu gösterebilir. Avrupa'da gerçekleştirilen bir araştırmada (Xian ve ark., 2010), hastanede yatışı yapılmış koroner arter hastalığı bulunan bireylerin hemşirelik yönetimindeki çok faktörlü risk azaltımına yönelik bir programın hastaların lipit değerlerini iyileştirdiği gösterilmiştir. Irmak ve Fesci, 2010'da yaptıkları bir çalışmada hemşire tarafından yönetilen ikincil önleme programının (yaşam şekli değişikliğine adaptasyon ve risk faktörlerini ele alan uyum süreci girişimleri) MI geçiren hastalarda diyetle uyumu ve düzenli egzersiz yapmayı arttığını saptamışlardır. Bir başka çalışmada, hemşireler tarafından verilen danışmanlık eğitimi ile kalp hastalarının bilgi düzeylerinin ve diyetle uyumun arttığı ortaya konulmuştur (Drevenhorn ve ark., 2012). Mantovani ve ark. (2015)'nin KY hastalarında tedaviye uyuma yönelik yaptıkları araştırmada, hemşire tarafından verilen eğitim ve takibin tedaviye uyumda olumlu etkilerinin olduğunu, günlük kilo takibi ve sıvı kısıtlaması gibi öz bakım davranışlarında önemli bir artış olduğunu belirlemişlerdir. Hipertansif gebelerde diyetle uyuma yönelik yapılan

randomize kontrollü iki çalışmada gebelere verilen beslenme eğitiminin algılanan yarar ve engel algısını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuşlardır (Khoramabadi ve ark., 2016; Akyüz ve Zengin, 2018). Bu çalışmalar araştırma verilerini ve eğitimin etkinliğini desteklemektedir. Nitekim araştırmada diyetle uyum ile ilgili NIC girişimleri: tanımlanmış diyetle ilişkin bilgi düzeyini tanımlamayı, beslenme şekli ve yeme alışkanlıklarını belirlemeyi, diyet hakkında bilgi vermeyi (tuzsuz beslenmenin önemi, tüketmesi önerilen besinler, uzak durması gereken besinler, günlük alınması gereken sıvı miktarı ve takibi konularını içeren) ve aileyi dahil etmeyi içermektedir ve KY hastalarında diyetle uyumunu arttırdığını gösteren bulgular elde edilmiştir.

NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında bireysel izlem hakkındaki inançları düzeyine etkisi; araştırmada çalışma grubu hastalarının girişimler sonrası hastalık süresine bireysel uyum yararlılık alt boyutu puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışma grubu hastalarına uygulanan NIC girişimleri (öğretim; bireysel, öğretim; hastalık süreci, öğretim; tanımlanmış egzersiz, öz-etkililiği güçlendirme, bakım vericinin desteklenmesi, taburculuğu planlama) doğrultusunda hastaların birinci ayında BİHİÖ yarar alt boyutları en yüksek 30 puana göre $22,6 \pm 2,9$; üçüncü ve altıncı ayda yarar alt boyutları puan ortalaması sırasıyla $23,9 \pm 2,5$ ve $24 \pm 2,5$ 'dir. Çalışma grubu hastalarının bireysel uyum engel alt boyutu puanları uygulanan NIC girişimleri sonucu kontrol grubu hastalarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (en düşük 12 puana göre $27,6 \pm 7,5$). Uygulanan NIC girişimleri sonucu hastaların bireysel izlem hakkındaki yarar boyutu algılama inanç düzeyi artmış, engelleri algılama düzeyi azalmış olup hastalık yönetim sürecine olan uyum ve inançlarının sağlandığı söylenebilir.

Kalp yetmezliği hastaları da diğer kronik hastalar gibi yakın izlem ve sürekli eğitim ile yaşam kalitesinin yükseltilebildiği bir hastalık grubudur. Özellikle NIC girişimleri kronik hastalıklarının yönetiminde sistemli bir eğitim ve uyum sağlamakta etkilidir (Erdemir ve Yılmaz, 2003; Bulechek ve ark., 2016). Kronik bir hastalık olan KY'ne yönelik eğitim içeren çalışmaların hastalık uyumunda etkili olduğunu ve KY'ine yönelik yaşanan semptomların azaldığını göstermektedir (Enç ve ark., 2010; Baker ve ark., 2011; Akdeniz ve Özer, 2013; Yu ve ark., 2015; Çiftçi ve Avşar, 2018;). Hemşire

tarafından yürütülen telefon tabanlı bir çalışmada vizit öncesi koçluk ile hastaların mevcut algılanan engellerin belirlendiği ve tedavileri hakkında eğitim verilmesi sonucu mevcut engellerin azaltıldığı görülmüştür (Doorenbos ve ark., 2016). Yapılan çalışmalar semptomları yönetmeye yönelik davranışsal becerilerin geliştirilmesi için eğitim ve telefonla izlemin bireyin stres, depresyon düzeyini azalttığını, hastaların kendi hastalığını yönetme sorumluluğunu arttırdığını saptamışlardır (Enç ve ark., 2010; Martín ve ark., 2013; Purcell ve ark., 2014; Sullivan ve ark., 2015). Aynı zamanda motivasyonel görüşmenin de KY hastalarının hastalık yönetimine ve tedavilerine uyumlarını arttırdığı tespit edilmiştir (Brodie ve ark., 2008; Uysal ve Enç, 2012). Taveira ve Wu (2014) yaptıkları çalışmada, kardiyak risk azaltma kliniğinden taburcu olan hastaların kardiyak risk kontrolünün sürdürülmesine yönelik yapılan randomize kontrollü bir çalışmada; bireysel ve grup çalışmaları yapılan girişim gruplarında, geleneksel bakıma göre risk faktörlerinin daha iyi kontrol altında tutulduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda, uygulanan NIC girişimleri kapsamında bakım verici desteğine ihtiyacı olan hastaların yakınları da eğitim ve taburculuk bakım planı sürecine dahil edilmiştir. Yapılan çalışmalar da aile temelli ve işbirlikçi kalp yetmezliği bakım programlarının; öz bakım davranışlarını ve yaşam kalitesini geliştirdiği gösterilmiş ve KY semptomları olan yorgunluk ve depresyonun iyileştiğini gözlemlemişlerdir (Srisuk ve ark., 2017; Bekelman ve ark. 2018)

Araştırma kapsamındaki uyum ile ilgili elde edilen sonuçlar; bir bütün olarak KY hastalarında diyet, ilaç ve hastalık yönetimine ilişkin yarar algılarının arttığını ve semptom yönetimini yapabilmeye yönelik inançlarının oluştuğunu göstermektedir. KY hastalarının yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlaması, hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Uygulanan NIC girişimlerinin hastalık sürecine uyumunu olumlu etkilediği düşünülmektedir.

NIC Girişimlerinin KY tanılı hastalarında tekrarlı hastaneye yatış sıklığına etkisi; Araştırma sonucunda; kontrol grubu hastalarının toplam %42,6'sının, çalışma grubu hastalarının toplam %12,6'sının son 6 ay içinde tekrar hastaneye yattığı görülmektedir. Kontrol grubunda %19,2 hastanın son 6 ay içinde 2 kez tekrar yatışı mevcuttur. KY'ne özgü tedavi rejimine uymada güçlük hemşirelik tanısı almış hastalara uygulanan NIC

girişimlerinin hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı söylenebilir. Literatür taramalarında KY'ne yönelik uygulanan NIC girişimlerinin tekrarlı yatış sıklığına etkisini inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Fakat araştırmada uygulanan NIC girişimleri eğitim ve öğretim süreçlerini içerdiği için benzer çalışmalar etkinliğini desteklemektedir. Yapılan çalışmalar KY hastalarına verilen eğitimin hastaların hastaneye tekrarlı yatış sıklığında azalma olduğu saptanmıştır (Blue ve ark., 2001; Velez ve ark., 2008; Delaney ve Apostolidis, 2010). Annema ve ark. (2009)'nın yaptığı bir çalışmada, hastalıkların multidisipliner bakım yönetiminde hemşirelerin aktif bir şekilde yer almasının hastaneye yeniden yatışları azalttığını gösterilmektedir. KY hastalarına günlük kilo takibinin ve ani kilo alımında yapılması gerekenler hakkında verilen eğitim, bilgilendirme kitapçığı ve telefon desteğinin sağlandığı bir çalışmada hastaneye tekrar yatışların azaldığı saptanmıştır (Wang ve ark., 2014). Ades ve ark. (2013)'nin yaptığı bir çalışmada, kardiyak rehabilitasyonun sağlanması KY hastalarının yaşam kalitesini arttırdığı ve klinik sonuçları iyileştirdiği saptanmıştır. Randomize kontrollü 33 çalışmanın yer aldığı Cochrane derlemesinde egzersiz eğitiminin KY nedeniyle tekrarlı yatışlarda azalma ve yaşam kalitesinde artış gösterdiği saptanmıştır (Taylor ve ark., 2014). O'Connor ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmada, egzersiz eğitimleri sonuçları hastaneye yatışlarda %11 azalma görülmüştür.

Hastaneye tekrarlı yatışlar bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemenin yanı sıra vücut sistemlerini etkilemekte ve bireyin hastalıkla baş etmesini de azaltmaktadır. Aynı zamanda tekrarlı hastaneye yatışların ülke ekonomisi yönünden sağlık bakım giderleri içinde maliyetleri arttırdığı düşünüldüğünde bu yatışların kontrol edilmesi kaynakların etkin kullanımı açısından da önemlidir. Tüm bu nedenlerle araştırmada bireylerin tedavi rejimine uyumlarının artmış olması ve tekrarlı yatışların azalmasına yönelik elde edilen bulgular oldukça önemlidir. Üstelik bu sonuçlar uygulanması kolay ve maliyeti olmayan hemşirelik girişimleri (NIC) ile sağlanmıştır. Bu kapsamda NIC girişimlerinin KY hastalarının tedaviye rejime uyumlarında etkili olması istendik ve etkili bir sonuçtur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Kalp yetmezliği olan bireylerde “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” hemşirelik tanısına yönelik sınıflandırılmış hemşirelik girişimleri kullanımının, tekrarlı hastaneye yatış sıklığı üzerine etkisini incelemek ve tedaviye uyumunu değerlendirmek amacı ile yapılan araştırmada aşağıda verilen sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmada kalp yetmezliği olan hastalar için kullanılan inanç ve uyum ölçekleri puanları incelendiğinde hastaların diyet ve ilaç uyumunda yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri, uygulanan NIC girişimleri sonucunda bireysel izlem hakkındaki inanç uyumunda da engelleri çözümledikleri saptanmıştır.
- Tanımlanan rejime uymada güçlük yaşayan KY tanılı hastalara uygulanan NIC girişimleri hastaların tedaviye uyumunu arttırmıştır.
- Araştırma sonucunda son 6 ay içerisinde KY tanısı ile tekrarlı hastaneye yatış kontrol grubu hastalarının toplam %41,6’sının, çalışma grubu hastalarının toplam %12,5’inin tekrar hastaneye yattığı görülmektedir. Tanımlanan rejime uymada güçlük yaşayan KY tanılı hastalara uygulanan NIC girişimleri hastaların tekrarlı hastaneye yatış sıklığını azaltmıştır.
- İlaç, diyet ve bireysel izlem uyumu artan hastaların hastaneye tekrarlı yatış sıklıklarının azalmıştır.

Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Kalp yetmezliği olan hastaların tedavi uyumlarının sağlanması, bireysel izlem inancının kazandırılması için araştırma sonuçlarının kardiyoloji klinik hemşireleri ile paylaşarak hemşirelik sürecinde NIC girişimlerinin kullanımına yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Kalp yetmezliğinde en sık yaşanan semptomların ele alınarak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve hastaların bilgi düzeylerinin artırılması,
- KY hastalarının taburculuk eğitiminde sağlık kurumlarının broşür ve takip kitapçıkları oluşturarak bireylere verilmesi,
- Ülkemizde ilk kez bir kamu kuruluşunda hastane bilgi yönetim sistemine entegrasyonu sağlanan NIC girişimlerinin etkinliğinin basın- medya aracılığı ile paylaşılması,
- Kalp Yetmezliği Hemşireliği sertifika programlarının oluşturulması,
- Sağlık Bakanlığı tarafından kurumlarında hemşirelik bakım planı sürecinde ortak dil oluşturulması ve sistematik veri girişinin sağlanması için NANDA ve NIC girişimlerinden oluşan bir programın oluşturulması,
- Aile sağlığı merkezleri ve evde sağlık birimlerinin, hasta takiplerinde sınıflandırılmış hemşirelik girişimi kullanımı ile sistematik bir veri girişinin sağlanması,
- NIC girişimleri içeren randomize kontrollü başka çalışmaların yapılması,
- KY hastalarının evde takibinin izlenmesi ve tedavi uyumlarına destek verilmesi için NIC girişimlerinin kardiyoloji polikliniklerinde kullanımının sağlanacağı hemşirelik hizmet birimlerinin oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Ades PA, Keteyian SJ, Balady GJ, Houston-Miller N, Kitzman DW, Mancini DM, et al. Cardiac rehabilitation exercise and self-care for chronic heart failure. JACC Heart Fail. 2013;1(6):540-547

Adsett JA, Mudge AM, Morris N, Kuys S, Paratz JD. Aquatic exercise training and stable heart failure: A systematic review and meta-analysis. International journal of cardiology, 2015; 186, 22-28.A

Akbıyık A, Koçak G, Göksel E. kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi= self-care behaviours analysis of patients with chronic heart failure. 2016.

Akçiçek F. Kalp Yetersizliğinin Farmakolojik Tedavsi-Diüretikler. İçinde: Kalp Yetersizliği. Editör: Büyüköztürk K, Koylan N. 1. Baskı, İstanbul: 2003; 6369.

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 3.Baskı. İstanbul, Sistem Ofset. 2011; 455-460.

Akdeniz Ş. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2013.

Akın S. Kardiyovasküler Sistem. Durna Z. Editör, İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2013;147-230.

Akıncı AÇ, Zengin N, Buğu Y. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2014; 18 (2): 52-61.

Akyüz P, Zengin N. Hipertansiyonlu gebelerde tuzdan kısıtlı diyetle uyum: yarar ve engel algısı. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 3(2), 87-100.

Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2016;45(2):100-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.001>

Alfaro R. Nursing process and clinical reasoning. *Nursing education perspectives*. 2012; 33(1), 7.

Alhewiti A. Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. *Int J Family Med*. 2014; 2014:479596

Alkan S, Nural N. Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir mi?. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017; 8(16): 28-34.

Alsous M, Alhalaiqa F, Abu Farha R, Abdel Jalil M, McElnay J, Horne R. Reliability and validity of Arabic translation of Medication Adherence Report Scale (MARS) and Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)-specific for use in children and their parents. *PLoS One*. 2017;12(2): e0171863.

Annema C, Lutik M, Lutik L, Jaarsma T. Reasons for Readmission in heart Failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologist and heart failure nurses. *Heart & Lung*. 2009; 38:427-434. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.12.002>

Baba E. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Psikososyal Uyumunun Öz Bakım Davranışları Üzerine Etkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2018, Samsun (Danışman Dr. Öğr. Üyesi A Özdelikara)

Badır A. Kronik kalp yetersizliği. İçinde: Durna Z (editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2012: 147-60

Badır, A. Kalp Yetmezliği İçinde: Karadakovan A, Aslan F (editör). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 1.baskı. Adana. 2014.

Bagcivan G, Tanrıver E, Kılıç B. Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 21(2), 89-96.

Baker DW, Dewalt DA, Schillinger D, et al. The effect of progressive, reinforcing telephone education and counseling versus brief educational intervention on knowledge, self-care behaviors and heart failure symptoms. *J Card Fail* 2011;17:789-96.

Basuray A, French B, Ky B, Vorovich E, Olt C, Sweitzer NK, Fang JC. Heart failure with recovered ejection fraction: clinical description, biomarkers, and outcomes. *Circulation*, 2014; 129(23), 2380-2387.

Bekelman DB, Allen LA, McBryde CF, Hattler B, Fairclough DL, Havranek EP, Meek PM. Effect of a collaborative care intervention vs usual care on health status of patients with chronic heart failure: the CASA randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2018;178(4), 511-519.

Benner P., Hughes R. G., Sutphen, M. Clinical reasoning, decisionmaking, and action: Thinking critically and clinically. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2008.

Bennett, S. J., Perkins, S. M., Lane, K. A., Forthofer, M. A., Brater, D. C., & Murray, M. D. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart & Lung*, 2001; 177-185.

Bıyık İ. Kalp Yetmezliği. *Pratik Kardiyoloji Temel Bilgiler*. 1. Basım, İzmir. 2008;111-114.

Biröl, L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Berke Ofset Matbaacılık, 10. Baskı, İzmir. 2013.

Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 35:594–603.

Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, Petrie MC, Connolly E, Norrie J, Round CE. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ*. 2001;323: 715-718.

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

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JMM, Wagner C. *Nursing Interventions classification (NIC)-E-Book*. Elsevier Health Sciences. 2016.

Büyüköztürk K, Erzengin F. Kalp Yetersizliği. İçinde: Büyüköztürk K, Editor. *İç Hastalıkları*. Adana. Nobel Tıp Kitapevi; 2007; 751-1789.

Carpenito-Moyet LJ. (Ed.). (2006). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Cicolini G, Comparcini D, Flacco ME, Capasso L, Masucci C, Simonetti V. Self-reported medication adherence and beliefs among elderly in multi-treatment: a cross-sectional study. *Appl Nurs Res*. 2016; 30:131-6.

Chen J, Normand SL, Wang Y, Krumholz HM. National and regional trends in heart failure hospitalization and mortality rates for Medicare beneficiaries, 1998-2008. *JAMA*. 2011;306(15):1669–78

Colin-Ramirez E, McAlister FA, Woo E, Wong N, Ezekowitz JA. Association between self-reported adherence to a low-sodium diet and dietary habits related to sodium intake in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(1):58–65. PMID:24598553

Çiftçi B. Kronik Kalp Yetmezliğine Yönelik Klinik Rutine Konulan Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. G Avşar)

Değertekin M, Erol Ç, Ergene O ve ark. Türkiye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği yayını*. 2012; 40:298-308.

Delaney C, Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. J Cardiovasc Nurs. 2010; 25: 27-40

Demir M, Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(8):120-130.

Demirci T. Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının İlaça Diyetle Uyumluları ve Yaşam Kaliteleri. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İ Metin Akten)

Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? Circulation. 2012; 126(4), 501-506.

Doğru B, Karadakovan A, Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Journal of Cardiovascular Nursing August. 2016; 7(13):88-104

Doorenbos AZ, Levy WC, Curtis JR, Dougherty CM. An intervention to enhance goals-of-care communication between heartfailure patients and heart failure providers. Journal of Pain and Symptom Management. 2016; 52(3):353-360. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.018>

Drevenhorn E, Bengtson A, Nilsson PM, Nyberg P, Kjellgren KI. Consultation training of nurses for cardiovascular prevention - a randomized study of 2 years duration. Blood Press. 2012;21(5):293-9.

Dural G. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyetle Uyumlularının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Çıtlık Sarıtaş)

Durmaz P. Yaşlılara verilen Hemşirelik Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2001, İzmir (Danışman: Danışman: Prof. Dr. Z Bahar)

Edelmann F, Knosalla C, Mörike K, Muth C, Prien P, Störk S, Group HFD. Chronic heart failure. Deutsches Ärzteblatt International. 2018; 115(8), 124.

Efe HF, Olgun N. Kalp Yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. H. Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;18: 001-013.

Enar R. Temel Kalp Yetersizliği, http://rasimenar.com/bilgiler/kitaplar/kalpyetersizligi/kalpyetersizligikitabi_kisim1.pdf. 2010

Enç N, Yiğit Z, Altıok M. Effects of education on self-care behaviour and quality of life in patients with chronic heart failure. Connect 2010;7 (2): 115-121.

Enç N, Alkan HÖ. Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2012, 3(4): 101-9

Erdemir F (çeviri editörü). Hemşirelik Tanıları El kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.

Erdemir F, Yılmaz E. Hemşirelik sınıflama sistemleri klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı. Ankara; 2003.

Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Kalp Yetersizliği Heart Failure. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;51

Fida N, Pina IL. Trends in heart failure hospitalizations. Current heart failure reports. 2012;9(4), 346-353.

Gardner B, Lally P, Wardle J. Making health habitual: the psychology of 'habit-formation' and general practice. Br J Gen Pract. 2012; 62(605):664–666. pmid:23211256

Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopolou V, Laskar S, Smith AL, Dunbar S, Butler J. Hospitalization epidemic in patients with heart failure: risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. Journal of cardiac failure. 2011;17(1), 54-75.

Gök H. Kalp Yetersizliği Klinik Kardiyoloji. Genişletilmiş ikinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, 2002;399–425.

Hale TM, Jethwani K, Kandola MS, Saldana F, Kvedar JC. A remote medication monitoring system for chronic heart failure patients to reduce readmissions: a two-arm randomized pilot study. *Journal of medical Internet research*. 2016; 18(5), e91.

Held C, Iqba R., Lear SA, Rosengren A, Islam S, Mathew J, Yusuf S. Physical activity levels, ownership of goods promoting sedentary behaviour and risk of myocardial infarction: results of the INTERHEART study. *European heart journal*. 2012; 33(4), 452-466.

Herdman HT, Kamitsuru S (Eds.). *NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification 2018-2020*. Thieme.2018.

Hershberger RE, Nauman D, Walker TL, Dutton D, Burgess D. Care processes and clinical outcomes of continuous outpatient support with inotropes (COSI) in patients with refractory endstage heart failure. *Journal of cardiac failure*. 2003; 9(3), 180-187.

Heo S, Moser DK, Lennie TA, Fischer M, Smith E, Walsh MN. Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2014; 51(11), 1482-1490.

Hodges P. Factors impacting readmissions of older patients with heart failure. *Critical care nursing quarterly*. 2009, 32: 33-43.

Howlett J, McKelvie R, Costigan J, Ducharme A, Estrella-Holder E, Ezekowitz J, Giannetti N, Haddad H, Heckman G, Herd A. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. *Can J Cardiol*. 2010; 26: 185-202.

Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Michl K. American College of Cardiology Foundation/American Heart Association 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines developed in

collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Am Coll Cardiol. 2009; 53(15), e1-e90.

Irmak Z, Fesci H. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. Appl Nurs Res. 2010;23(3):147-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.004>

İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. Türk Geriatri Dergisi. 2010; 2: 21-32.

Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et. al. Focused Update: ACCF/AHAs Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Circulation. 2009; 119:1977-2016

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, & Interventions. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006.

Jones CD, Holmes GM, Dewalt DA, Erman B, Brouckson K, Hawk V., ... & Pignone, M. Is adherence to weight monitoring or weight-based diuretic self-adjustment associated with fewer heart failure-related emergency department visits or hospitalizations?. Journal of cardiac failure. 2012; 18(7), 576-584.

Kahraman G, Ural D. Klinik Kardiyoloji, Kalp Yetersizliği ve Şok Sendromu. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2004.

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.

Karapolat H, Engin C, Eroğlu M, Yagdi T, Zoghi M, Nalbantgil S, Durmaz B, Kirazlı Y, Özbaran M. Efficacy of the cardiac rehabilitation program in patients with end-stage heart failure, heart transplant patients and left ventricular assist device recipients. Transplant Proc. 2013; 45: 3381-85.

Kavradım ST, Özer ZC. Kalp yetersizliği tanısı alan bireylerde semptom yönetimi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2013, 4(6): 1-12.

Kaya G, Sarıtaş ÇS, Kalp Yetersizliği Bulunan Hastalarda Semptom Kontrolünde Egzersizin Önemi. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(13):75-87

Kaynar H, Yılmaz N, Akgün M, Meral M, Sağlam L, Görgüner M, Mirici A. Sigara içmeyenlerde kronik öksürük etiyojisi. Toraks Dergisi. 2005;6, 8-12.

Kelder JC, Cowie MR, McDonagh TA, Hardman SM, Grobbee DE, Cost B, et al. Quantifying the Added Value of BNP in Suspected Heart Failure in General Practice: an Individual Patient Data Meta-analysis. Heart. 2011; 97.12:959-963.

Kepez A ve Mutlu B. Kalp yetersizliği tedavisinde yeni açılımlar: Şimdi ve gelecek. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2013; 13:266-274.

Khoramabadi M, Dolatian M, Hajian S, Zamanian M, Taheripanah R, Sheikhan Z, Seyedi-Moghadam A. Effects of education based on health belief model on dietary behaviors of Iranian pregnant women. Global journal of health science. 2016; 8(2), 230.

Kılıçkesmez KO, Ökçün B, Küçükoğlu S. Kalp yetersizliğinin tanımı ve patofizyolojisi. A'dan Z'ye kronik kalp yetersizliği. Editörler: Kozan Ö, Zoghi M. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2010;2538.

Kozan Ö, Zoghi M, Ercan E, Tengiz Ş, Şentürk T, Serdar OA. Temel Kardiyoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2011;10, 577-90.

Köseoğlu N ve Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. J Cardiovasc Nurs. 2016;7(14):162-168.

Kupper N, Denollet J, Widdershoven J, Kop WJ. Cardiovascular reactivity to mental stress and mortality in patients with heart failure. JACC: Heart Failure. 2015; 3(5), 373-382.

Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, Ferguson TB, Ford E, Furie K, Gillespie C. Heart disease and stroke statistics 2010 update. A report from the American Heart Association Circulation. 2010; 121: 46-215

Lombardi C, Carubelli V, Lazzarini V, Vizzardi E, Bordonali T, Ciccarese C, Castrini AI, Cas AD, Noderi S, Metra M. Effects of oral administration of orodispersible levocarnosine on quality of life and exercise performance in patients with chronic heart failure. Nutrition. 2015, 31: 72-8.

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

Maggioni AP, Anker SD, Dahlström U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F, Erglis A. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12 440 patients of the ESC Heart Failure Long Term Registry. European journal of heart failure. 2013; 15(10), 1173-1184.

Mantovani VM, Ruschel KB, Souza ENd, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. Acta Paul Enferm. 2015; 28: 41-47.

McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Flippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip GYH, Maggioni AP, Parkhomenk A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindada PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 esc klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2012, 3: 77-137.

Mark DB, Anstrom KJ, Sun JL, et al. Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial. "quality of life with defibrillator therapy or amiodarone in heart failure". N Eng J Med. 2008; 359(10): 999-1008.

Martín-Lesende I, Orruño E, Bilbao A, Vergara I, Cairo MC, Bayón JC, Reviriego E, Romo MI, Larrañaga J, Asua J, Abad R, Recalde E. Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomised controlled trial). BMC Health Serv Res. 2013;28;13:118

Mert H, Barutçu CD. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(2).

Molloy GJ, O'Carroll RE, Witham MD, McMurdo ME. Interventions to enhance adherence to medications in patients with heart failure: a systematic review. Circ Heart Fail. 2012; 5(1): 126-33.

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, de Ferranti S, Despres JP, Fullerton HJ, Howard VJ, Huffman MD, Judd SE, Kissela BM, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Liu S, Mackey RH, Matchar DB, McGuire DK, Mohler ER, 3rd, Moy CS, Muntner P, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Nichol G, Palaniappan L, Pandey DK, Reeves MJ, Rodriguez CJ, Sorlie PD, Stein J, Towfighi A,

Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, Fisher ES. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. JAMA internalmedicine. 2013;173(20), 1879-1885.

O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Keteyian SJ, Cooper LS, Ellis SJ, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HFACTION randomized controlled trial. JAMA. 2009; 301:1439-1450.

Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, Elektronik Dergi. 2009;11, <http://www.tkd.org.tr//>

Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünalın YE, Çamcı G. Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2016; 5(2), 75-83.

Özcan Ö. Konjestif Kalp Yetmezliği. İçinde: Kardiyoloji Tanı ve Tedavi. Editörler: Erol Ç, Biberoglu K, Atalar E. Üçüncü Baskı, Ayrıntı Basımevi, Ankara: 2010, s. 203-210.

Özcan T, Altıok M, Babalikli F. Warfarin kullanan hastalara ilaca ilişkin verilen grup eğitiminin bilgi düzeylerine etkisi/The effect of group education about drug usage in the patient's on warfarin therapy. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2013;13(3), 292.

Özçelik A. Kalp yetmezliği hastalarında oransal nabız basıncı ile kardiyak indeks arasındaki ilişki. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 2018, Konya (Danışman: Prof. Dr. Soylu)

Özdemir M.Ü. Kalp yetersizliği hasta ve aile eğitimi. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, Elektronik Dergi. 2017.

Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 21(1): 63-67.

Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2010, 1(1): 3-7.

Pinkerman C, Sander P, Breeding JE, Brink D, Curtis R, Hayes R, Setterlund L. Heart failure in adults. Management. 2013;11, 13.

Polanczyk C, Newton C, Dec G, Di Salvo TG. Quality of Care and Hospital Readmission in Congestive Heart Failure: An Explicit Review Process. Journal of Cardiac Failure. 2001; 7(4): 289-299.

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. Authors/Task Force Members; Document Reviewers. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology. Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Failure. 2016;37(27):2129- 200

Purcell R, McInnes S, Halcomb EJ. Telemonitoring can assist in managing cardiovascular disease in primary care: A systematic review of systematic reviews. *BMC Fam Pract* 2014;7;15.43.

Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, Smith CE. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2015; 30(1), E1.

Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2015

Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC et al. Social Network As A Predictor of Hospital Readmission and Mortality Among Older Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2006;12(8): 621– 627.

Ruppar TM, Delgado JM, Temple J Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(5):395- 404. <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115571213>

Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM. Medication adherence interventions improve heart failure mortality and readmission rates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Journal of the American Heart Association*. 2016; 5(6), e002606.

Sacomann ICRD, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48(1): 18-24.

Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Cardiac failure review*. 2017;3(1), 7.

Sezgin D, Mert H. Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşımlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015; 8.2.

Schwalm JD, Ivers NM, Natarajan MK, Taljaard M, Rao-Melacini P, Witteman HO, et al. Cluster randomized controlled trial of Delayed Educational Reminders for Long-term Medication Adherence in ST-Elevation Myocardial Infarction (DERLA-STEMI). *Am Heart J*. 2015; 170(5): 903-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2015.08.014>

Schwarz K, Elman S. Identification of Factors Predictive of Hospital Readmissions For Patients With Heart Failure. *Heart&Lung*. 2003; 32(2): 88– 99.

Sen HTN, Linh TTT, Trang DTK. Factors Related to Treatment Compliance Among Patients With Heart Failure. *Ramathibodi Medical Journal*. 2020;43(2),30-40. <https://doi.org/10.33165/rmj.2020.43.2.239889>

Smeltzer SC, Bare GB, Hinkle JL, Cheeser KH. *Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. 12th Edition. 2010;825–839.

Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, Russell C, Wick J, Ellerbeck EF. Nurse-led multidisciplinary heart failure group clinic appointments: methods, materials and outcomes used in the clinical trial. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2015; 30: S25.

Son YJ, Lee Y, Song EK. Adherence to a sodium-restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart failure. *J Clin Nurs*. 2011; 20: 3029-38

Sönmez E. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyete Uyumları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2011

Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 3(4), 857-870.

Sullivan MJ, Wood L, Terry J, et al. The Support, Education and Research in Chronic Heart Failure Study (SEARCH): a mindfulnessbased psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2015; 6(9):58-74 73

Suzana A, Silva MD, Andre LS, Sousa MD, Claudio T, Mesquita MD, et al. Transendocardial, Autologous Bone Marrow Cell Transplantation for Severe, Chronic Ischemic Heart Failure. Circulation; American Heart Association, Inc. 2003; 107:2294.

Sweileh WM, Zyoud SH, Abu Nab'a RJ, Deleq MI, Enaia MI, Nassar SM, et al. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a crosssectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in palestine. BMC Public Health. 2014;14(1):94.

Taveira TH, Wu WC. Interventions to maintain cardiac risk control after discharge from a cardiovascular risk reduction clinic: a randomized controlled trial. Diabetes Res Clin Pract. 2014;105(3):327-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2014.05.013>

Taylor RS, Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal H, et al. Exercise-based rehabilitation for heart. Journal of Cardiovascular Nursing. Cochrane Database Syst Rev. 2014;27(4):CD003331. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003331.pub4>

T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete; 8 Mart 2010. Sayı: 27515. ([Http://saglik.gov.tr/tr,10533/hemsirelik-yonetmeliği.html](http://saglik.gov.tr/tr,10533/hemsirelik-yonetmeliği.html))

Tekin H, Polat Ü. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2018;28(1).

Theou O., Stathokostas L., Roland KP., Jakobi JM., Patterson C., Vandervoort A. A., Jones GR. The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. Journal of aging research. 2011.

Toback M, Clark N. Strategies to improve selfmanagement in heart failure patients. Contemp Nurse. 2017;53(1):105-20.

Tokgözoğlu L, Yılmaz MB, Abacı A, Altay H, Atalar E, Aydoğdu S ve ark. Türkiye'de Kalp Yetersizliği Yol Haritası, Kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler. Türk Kardiyoloji Derneği yayını. 2015;1-31.

Trivedi R, Slightam C, Fan VS, Rosland AM, Nelson K, Timko C, et al. A Couples' Based Self-Management Program for Heart Failure: Results of a Feasibility Study. *Front Public Health*. 2016; 29 (4):171.

Tsuchihashi MM, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H, Homecare Investigators. Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circulation Journal*, 2013; CJ-13.

Turan TN, Virani SS, Willey JZ, Woo D, Yeh RW, Turner MB, American Heart Association Statistics C, Stroke Statistics S Heart disease and stroke statistics–2015 update: A report from the american heart association. *Circulation*. 2015;131: e29–322.

Turrisi S. Illness Representations, Treatment Beliefs, Medication Adherence, and 30-Day Hospital Readmission in Adults With Chronic Heart Failure: A Prospective Correlational Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;1-10. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000249>

Türkmen SN, Çam MO. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psiko eğitimin psiko sosyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2012;3(3):105-115. <http://dx.doi.org/10.5505/phd.2012.32032>

Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2012, 3: 33-8.

Veilleux RP, Wight JN, Cannon A, Whalen M, Bachman D. Home diuretic protocol for heart failure: partnering with home health to improve outcomes and reduce readmissions. *The Permanente Journal*. 2014; 18(3), 44.

Velez M, Westerfeldt B, Rahko PS. Why it pays for hospitals to initiate a heart failure disease management program. *Dis Manag Health Outcome*. 2008; 16: 155-173

Wang XH, Qiu JB, Ju Y, Chen GC, Yang JH, Pang JH, Zhao X. Reduction of heart failure rehospitalization using a weight management education intervention. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 29(6), 528-534.

Wu JR, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle MJ, Moser D. K. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung*. 2012; 41(2), 107-114.

Yılmaz EB ve Ergun A. Kalp Yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2010;26(3):1-10.

Yılson B, Kendir M. Konjestif Kalp Yetmezliğinde Karvedilol Kullanımının Güvenlik, Etkinlik ve Tolerabilitesinin İzlendiği Farmakoepidemiolojik Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi. İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2004.

Yancy, Clyde W, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017; 70.6: 776-803.

Yu M, Chair SY, Chan CW, Choi KC. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life and psychological status of patients with heart failure. *Heart Lung*. 2015;44(5):400-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.05.004>

Young JB, Abraham WT, Smith AL, Leon AR, Lieberman R, Wilkoff B, et al. Combined cardiac resynchronization and implantable cardioversion defibrillation in advanced chronic heart failure: the MIRACLE ICD Trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2003;289(20):2685-94.

Zengin N, Ören B, Yıldız H, Çil A. Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2012;16(2): 41-9.

Zipes DP. Braunwald's Heart Disease - A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Elsevier Health Sciences. 2012.

Zoghi M. Kalp yetersizliği tanısı, evreleri ve sınıflandırması. Klinik Gelişim. 2011; 24: 1-5.

Xian Y, Pan W, Peterson ED, Heidenreich PA, Cannon CP, Hernandez AF, Friedman B, Holloway RG, Fonarow GC; GWTG Steering Committee and Hospitals. Are quality improvements associated with the Get With the Guidelines-Coronary Artery Disease (GWTG-CAD) program sustained over time? A longitudinal comparison of GWTG-CAD hospitals versus non-GWTG-CAD hospitals. Am Heart J. 2010;159(2):207-214.



EKLER

BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

EK 1

(KONTROL GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Kalp Yetmezliği tanısı olan ve hastaneye en az iki kez yatışı bulunan bireylerin hastaneye yatış sıklığını ve tedaviye uyumunu takip etmek amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamına sizden hastalığınız ile ilgili bilgiler istenecektir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz başhekimliğinden izin alınmıştır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Araştırma taburculuğunuzdan sonraki 1., 3. ve 6. Aylarda sağlık durumunuz kontrol edilecek ve araştırma sonlandırılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Teşekkür ederim.

Hemşire Gökçen ATİK

Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adınız Soyadınız

İmza

BİLGİLENDİRİŞ ONAM FORMU

EK 1

(ÇALIŞMA GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Kalp Yetmezliği tanısı olan ve hastaneye en az iki kez yatışı bulunan bireylerin hastaneye yatış sıklığını takip etmek ve tekrarlı hastaneye yatışınıza neden olan durumları tespit ederek gerekli eğitimlerin yapılması amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamına sizden hastalığınız ile ilgili bilgiler istenecektir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz başhekimliğinden izin alınmıştır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Hastanede yattığınız süre içerisinde ve taburculuğunuzdan sonraki 1., 3. ve 6. aylarda sağlık durumunuz kontrol edilecek ve araştırmacı tarafından planlanan eğitim girişimleri uygulanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Teşekkür ederim.

Hemşire Gökçen ATİK
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adınız Soyadınız

İmza

HASTA TANITIM FORMU

EK 2

YATIŞ NO:

GÖRÜŞME YAPILAN TARİH:

YATIŞ TARİHİ:

Telefon Numarası:

Yaşınız:

- 1) Cinsiyetiniz
 - a. Kadın
 - b. Erkek
- 2) Eğitim Durumunuz
 - a. Okur-Yazar Değil
 - b. İlköğretim
 - c. Lise
 - d. Üniversite
- 3) Çalışma durumunuz
 - a. Çalışıyor
 - b. Çalışmıyor
- 4) Yaşadığınız yer
 - a. Köy/kasaba
 - b. İlçe
 - c. İl
- 5) Yaşadığınız yerin bir sağlık kuruluşuna uzaklığı
 - a. Evin çok yakınında
 - b. Benim yürüyebileceğim mesafede
 - c. Araba ile gidebileceğim bir mesafede
 - d. Çok uzak
 - e. Diğer...
- 6) Eczanenin evine uzaklığı
 - a. Evin çok yakınında
 - b. Benim yürüyebileceğim mesafede
 - c. Araba ile gidebileceğim bir mesafede
 - d. Çok uzak
 - e. Diğer...
- 7) Hastaneye geliş şekli
 - a. Yürüyerek
 - b. Araç ile
 - c. 112 ambulans ile

- 8) Birlikte yaşadığınız bireyler
- Yalnız
 - Aile bireyleri ile
 - Birinci dereceden yakınları ile
 - İkinci dereceden yakınları ile
 - Arkadaşı ile
- 9) Bakmakla yükümlü olduğunuz bireyler
- Var
 - Yok
- 10) Ailenizde sağlık çalışanı
- Var
 - Yok
- 11) Fiziksel gereksinimlerini karşılama durumu
- Bağımlı
 - Yarı bağımlı
 - Bağımsız
- 12) Sağlık Güvenceniz nedir
- Ücretli
 - Yeşil Kart
 - SGK
 - Özel sağlık sigortası
- 13) Gelir/Gider durumunuz
- Gelir gidere eşit
 - Gelir giderden az
 - Gelir giderden fazla
- 14) Eşlik eden hastalığınız
- Var
 - Yok, (yoksa 12. Soruya geçiniz)
- 15) Eşlik eden hastalığınız
- HT
 - DM
 - Kapak hastalığı
 - KOAH
 - Diğer
- 16) Ailede kalp hastalığı durumu
- Var
 - Yok

17) Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bıraktım

18) Alkol kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bıraktım

19) Beden kitle indeksi.....

- a. Zayıf
- b. Normal
- c. Kilolu
- d. Obez

20) Beslenme durumu

- a. Hastalığım ile ilgili neler yemem gerektiğini biliyorum
- b. Hastalığım ile ilgili neler yemem gerektiğini bilmiyorum

21) Hareketli bir yaşam biçiminiz var mı?

- a. Evet
- b. Kısmen
- c. Hayır

22) Düzenli olarak bir spor aktivitesi yapıyor musunuz?

- a. Evet Hangisi: Ne sıklıkla:
- b. Hayır (Neden için 23. Soru)

23) Yeterli ve düzenli egzersiz yapmamanızı hangi nedenler engelliyor?

- a. Yeterince zaman bulamıyorum
- b. Faydalı olduğuna inanmıyorum
- c. Kendimi sürekli yorgun hissediyorum
- d. Tekrar hastaneye yatmaktan korkuyorum
- e. Diğer (belirtiniz).....

24) Sağlık kontrollerine gitme durumu

- a. Doktorumun önerdiği zamanda mutlaka gelirim
- b. Doktorumun önerdiği randevuyu geciktiririm
- c. Rahatsızlık hissedince kontrollere gelirim

HASTA İZLEM FORMU

EK 3

- 1) İlk Tanı Aldığı Tarih:
- 2) Tanı aldıktan sonraki ilk hastaneye yatışı:
- 3) Tanı aldıktan sonraki ilk kontrole gelme zamanı:
- 4) Tanı aldıktan sonra hekim tarafından bilgilendirme durumu
 - a. Evet
 - b. Hayır (6.soruya geçiniz)
- 5) Hangi konuda bilgilendirildiniz?
 - a. Hastalığım hakkında
 - b. Diyet
 - c. İlaç kullanımı
 - d. Egzersiz
 - e. Sağlık kontrolleri
- 6) Tanı aldıktan sonra hemşire tarafından bilgilendirme durumu
 - a. Evet
 - b. Hayır (8.soruya geçiniz)
- 7) Hangi konuda bilgilendirildiniz?
 - a. Hastalığım hakkında
 - b. Diyet
 - c. İlaç kullanımı
 - d. Egzersiz
 - e. Sağlık kontrolleri
- 8) En son hastaneye yatış tarihi:
- 9) Acile başvurma sıklığı:
- 10) Kullandığı İlaçlar ve kullanım şekli
 - a).....İlacı, ... kez
 - b).....İlacı, ... kez
 - c).....İlacı, ... kez
 - d).....İlacı, ... kez

MEVCUT YATIŞ BİLGİLERİ

11) Mevcut yatışındaki şikayeti:

12) Ödem durumu

- a. Var Bölge..... Gode:
- b. Yok

Nabız:

Kan Basıncı:

Solunum:

Ölçek Puanları

İUHİÖ:

DUHİÖ:

BİHİÖ:

İLACA UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Kesinlikle katılmıyorum : 1 puan
 Katılmıyorum : 2 puan
 Kararsızım : 3 puan
 Katılıyorum : 4 puan
 Kesinlikle katılıyorum : 5 puan

	1 Puan	2 Puan	3 Puan	4 Puan	5 Puan
1. İlaçlarımı aldığımda, kalp hastalığım hakkında çok fazla endişelenmiyorum					
2. Eğer ilaçlarımı içersem, hastaneye yatma olasılığım azalır.					
3. İlaçları içmeyi hatırlamak zor geliyor.					
4. İlaç içmekten hoşlanmıyorum.					
5. Her gün bir sürü ilaç içmek zorunda kalıyorum.					
6. Her gün ilaç içmek, evden dışarı çıkmamı zorlaştırıyor.					
7. İlaçlarımı içmek ödemimi (şişliğimi) azaltıyor.					
8. İlaçlarımı içmeyi unutuyorum.					
9. Her gün ilaç içmek, kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.					
10. İlaç içmek nefes almamı kolaylaştırıyor.					
11. İlaçlarımı içmek daha kaliteli (rahat) yaşamamı sağlıyor.					
12. İttiğim ilaçlar geceleyin, tuvalete gitmek için uyanmama neden oluyor.					

DİYETE UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Kesinlikle katılmıyorum : 1 puan
 Katılmıyorum : 2 puan
 Kararsızım : 3 puan
 Katılıyorum : 4 puan
 Kesinlikle katılıyorum : 5 puan

	1 Puan	2 Puan	3 Puan	4 Puan	5 Puan
1. Az tuzlu diyetle beslenmek sağlıklı olmamı sağlayacaktır.					
2. Tuzlu yiyecekler benim için iyi değildir.					
3. Az tuzlu diyetle beslenme kalp sağlığımı koruyacaktır.					
4. Az tuzlu diyetle beslenme bacaklarımdaki şişmeyi azaltıyor.					
5. Az tuzlu diyetle beslenme vücudumda sıvı birikmesini önleyecektir.					
6. Az tuzlu diyetle beslenmem lokantaya gitmemi zorlaştırmaktadır.					
7. Tuzu az olan yiyecekler lezzetsiz geliyor.					
8. Az tuzlu diyet oldukça pahalıdır.					
9. Az tuzlu diyetle beslenme çok zamanımı alır.					
10. Az tuzlu diyetin nasıl uygulanacağını anlamak çok zor.					
11. Az tuzlu diyetle beslendiğimde kendimi daha iyi hissediyorum.					
12. Az tuzlu diyetle beslenmek daha kolay nefes almamı sağlayacaktır.					

BİREYSEL İZLEM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Kesinlikle katılmıyorum : 1 puan

Katılmıyorum : 2 puan

Kararsızım : 3 puan

Katılıyorum : 4 puan

Kesinlikle katılıyorum : 5 puan

	1 Puan	2 Puan	3 Puan	4 Puan	5 Puan
1. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek hoşuma gitmiyor.					
2. Her gün kendimi tartmak çok zamanımı alıyor.					
3. Her gün kilomu ölçerek sağlığımı koruyorum.					
4. Ayak ve bacaklarımdaki şişliği kontrol etmek çok zaman alıyor.					
5. Her gün kilomu izlemek yaşamımın kalitesini geliştiriyor.					
6. Her gün kendimi tartmak kalp hastalığım hakkında beni endişelendiriyor.					
7. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.					
8. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden nasıl kontrol edeceğimi bilmiyorum.					
9. Evde kendimi tartmak için tartı aletim yok.					
10. Her gün kilomu takip etmekten hoşlanmıyorum.					
11. Kilomu ölçtüğümde hastalığım hakkında endişelenmiyorum.					
12. Kendimi tarttığımda tartıdaki değeri okuyamıyorum.					
13. Her gün kilomu ölçmeyi unutuyorum.					
14. Tartı aletinin üzerinde kilomu göremiyorum.					
15. Ayak ve bacaklarımı şişlik yönünden kontrol etmenin yaşam kalitemi artıracığına inanıyorum.					
16. Her gün kilomu takip ettiğimde hastaneye yatma olasılığının az olacağına inanıyorum.					
17. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmenin beni daha sağlıklı yapacağına inanıyorum.					
18. Her gün ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmeyi unutuyorum.					

DİYET EĞİTİM PLANI

EK 7

KONU	: Kalp Yetmezliğinde Beslenme
HEDEF GRUP	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisine kalp yetmezliği tanısı ile yatan hastalar (Bireyselleştirilmiş eğitim)
SÜRE	: 20 dk
YER	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi
AMAÇ	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisine kalp yetmezliği ile yatan hastaların diyetine uyumunu sağlamak

HEDEFLER:

Duyuşsal Alan;

- ✓ Kalp yetmezliğinin beslenme şekline getirdiği kısıtlılıkları kabullenmeli
- ✓ Tuzlu besinlerinden kaçınmalı
- ✓ Paketlenmiş hazır gıdalar tüketmekten kaçınmalı
- ✓ Beslendiği ortamlardaki masada ve görünür yerlerde tuzluk bulundurmamayı kabullenmeli

Bilişsel Alan;

- ✓ Tüketmesi gereken besin öğelerinden 3 tanesini sayabilmeli
- ✓ Günlük alması gereken sıvı miktarını söyleyebilmeli
- ✓ Potasyumdan zengin gıdalardan 3 tanesini sıralayabilmeli
- ✓ Tüketmesi önerilmeyen besinlerden en az 3 tanesini söyleyebilmeli

Psikomotor Alan;

- ✓ Yemekleri tuzsuz pişirmeli
- ✓ Günlük en fazla 8 su bardağı olacak şekilde sıvı alımını takip edebilmeli
- ✓ Yemek yediği masaya tuzluk koymamalı

KONU İÇERİĞİ:

- Günlük alması gereken sıvı miktarı ve takibi
- Tuzsuz beslenmenin önemi
- Uzak durması gereken gıdalar
- Tüketmesi önerilen gıdalar

KULLANILACAK YÖNTEMLER:

Anlatım

Soru-cevap

KULLANILACAK ARAÇ-GEREÇLER:

Bilgisayar sunum

Hasta bilgilendirme broşürü (TKD)

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ:

Kalp yetmezliği diyetine uyum hakkındaki inançlar ölçeği
Tekrarlı yatış sıklığı

KONU	: Kalp Yetmezliğinde taburculuk sonrası bireysel izlem
HEDEF GRUP	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisine kalp yetmezliği tanısı ile yatan hastalar (Bireyselleştirilmiş eğitim)
SÜRE	: 20 dk
YER	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi
AMAÇ	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisine kalp yetmezliği ile yatan hastaların taburculuk sonrası bireysel izlemlerini yapmalarını sağlamak

HEDEFLER:**Duyuşsal Alan;**

- ✓ Kalp yetmezliğinin yaşamına getirdiği kısıtlılık ve değişimleri kabul edebilmeli
- ✓ Ödem kontrolü yapmayı kabullenmeli
- ✓ Ödem kontrolü hakkında hemşireye sorular sorabilmeli
- ✓ Her gün düzenli en az 30 dk egzersiz yapmak istediğini ifade edebilmeli

Bilişsel Alan;

- ✓ Kilo ve ödem değişikliklerin farkına varabilmeli
- ✓ Ödemi tespit edebilmeli
- ✓ Kilo değişikliklerini değerlendirebilmeli
- ✓ Sağlık kurumuna başvurması gereken durumlardan 3 tanesini sıralayabilmeli
- ✓ Egzersiz yapmaması gereken durumlardan 3 tanesini sıralayabilmeli

Psikomotor Alan;

- ✓ Günlük ödem kontrolü çizelgesini doldurabilmeli
- ✓ Günlük kilo takip çizelgesini doldurabilmeli

KONU İÇERİĞİ:

- Ödem kontrolü
- Kilo takibi ve önemi
- Egzersiz ve önemi
- Semptom yönetimi

KULLANILACAK YÖNTEMLER:

Anlatım

Soru-cevap

KULLANILACAK ARAÇ-GEREÇLER:

Hasta bilgilendirme broşürü (TKD)

Aylık takip çizelgesi

Bilgisayar sunum

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ:

Kalp yetmezliği bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeği

Tekrar yatış sıklığı

İLAÇ EĞİTİM PLANI

EK 9

KONU	: Kalp Yetmezliğinde İlaç Kullanımı
HEDEF GRUP	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisine kalp yetmezliği tanısı ile yatan hastalar (Bireyselleştirilmiş eğitim)
SÜRE	: 20 dk
YER	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi
AMAÇ	: Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisine kalp yetmezliği ile yatan hastaların ilaç kullanımına uyumunu sağlamak

HEDEFLER:

Duyuşsal Alan;

- ✓ Her gün düzenli ilaçlarını alması gerektiğini kabullenmeli
- ✓ Her gün ilaç içmenin yaşamına getirdiği kısıtlılıkları kabul edebilmeli
- ✓ İlaç kullanımı ile ilgili doktor ve hemşireye sorular sorabilmeli

Bilişsel Alan ;

- ✓ İlaçların etkisinden en az 3 tanesini sayabilmeli
- ✓ İlaçlarını kullanmayı unutmadığını ifade edebilmeli
- ✓ İlaç içme saatlerini değerlendirebilmeli

Psikomotor Alan;

- ✓ İlaçlarını belirlenen öğünde doğru dozda alabilmeli
- ✓ İlaçlarını ve ilaç listesini devamlı yanında taşıyabilmeli
- ✓ İlaçsız kalmayacak şekilde planlama yapabilmeli
- ✓ Günlük takip çizelgesinde ilaç içtiğini işaretleyebilmeli
- ✓ Tansiyon, nabız ölçüm takibini yapabilmeli

KONU İÇERİĞİ:

- Kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri
- İlaçların doğru doz ve doğru zamanda kullanımı
- İlaç takip çizelgesi oluşturmak ve uygulamak
- İlaç besin etkileşimleri
- Tansiyon, nabız ölçüm ve ilaç kontrol takip çizelgesi
- İlaç miktarları takibinin önemi ve unuttuğu durumlarda yapılacaklar

KULLANILACAK YÖNTEMLER:

Anlatım

Soru-cevap

KULLANILACAK ARAÇ-GEREÇLER:

Hasta bilgilendirme broşürü (TKD)

Aylık takip çizelgesi

Bilgisayar sunum

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ:

Kalp yetmezliği ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği

Tekrar yatış sıklığı

İLAC TAKİP ÇİZELGESİ

ADI SOYADI:

TEDAVİYE BAŞLANMA ZAMANI:

İLAC ADI		 Sabah	 Öğle	 Aksam	 Gece

DOKTORUNUZ TARAFINDAN TAVSİYE EDİLEN;

Tansiyon	/.... ile/.... mmHg arası
Kalp Atım Hızı (NABİZ)	 ile atım/dakika arası
Kilo	 ile kg arası

Poliklinik Kontrol Zamanı:

AYLIK TAKİP ÇİZELGESİ

ADI SOYADI:

GÜNLER	KİLO 	TANSİYON 	NABİZ 	 İlacımı Aldım	NOTLAR
PAZARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
SALI				EVET ☐ HA YIR ☐	
ÇARŞAMBA				EVET ☐ HA YIR ☐	
PERŞEMBE				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMA				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZAR				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
SALI				EVET ☐ HA YIR ☐	
ÇARŞAMBA				EVET ☐ HA YIR ☐	
PERŞEMBE				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMA				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZAR				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
SALI				EVET ☐ HA YIR ☐	
ÇARŞAMBA				EVET ☐ HA YIR ☐	
PERŞEMBE				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMA				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZAR				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
SALI				EVET ☐ HA YIR ☐	
ÇARŞAMBA				EVET ☐ HA YIR ☐	
PERŞEMBE				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMA				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZAR				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
SALI				EVET ☐ HA YIR ☐	
ÇARŞAMBA				EVET ☐ HA YIR ☐	
PERŞEMBE				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMA				EVET ☐ HA YIR ☐	
CUMARTESİ				EVET ☐ HA YIR ☐	
PAZAR				EVET ☐ HA YIR ☐	

HASTA BİGİLENDİRME BROŞÜRÜ

KALP YETERSİZLİĞİ NEDİR

Kalp yetersizliği, kalbin vücudun ihtiyacı sağlayacak kadar kan pompalayamaması sonucu akciğerler ve vücudun değişik bölgelerinde sıvı birikimiyle seyreden ciddi bir durumdur. Bununla birlikte, zamanında fark edilip uygun bir şekilde tedavi edilirse hastalar uzun ve kaliteli bir yaşam sürebilirler. Kalp yetersizliği gelişme riski, genellikle kalbin iş yükünün artmasına neden olan kalp damar hastalığı (mesela kalp krizi geçirmiş olmak), yüksek kan basıncı, kalp kapak hastalığı, kalp kasi hastalığı veya ilihabi ve doğumsal kalp hastalığı gibi durumlarda artar. Kalp yetersizliği hastaları kendi klinik durumları ile ilgili değişiklikleri iyi takip ederek gereğinde doktorlarını bilgilendirmelidir.



NEFES DARLIĞI; akciğerlerde sıvı birikimiyle olur. Hastalığın erken evrelerinde genellikle hareket ve aktivite sonrası gelişen ilen evrelerde istirahatle de olmaya başlar. Geceleri veya yatar vaziyette nefes darlığı (hava açlığı) hissederseniz daha yüksek yastıkla yatmanız gerekebilir. Ancak rahatsızlama olmazsa doktorunuza başvurmalısınız.

ÖKSÜRÜK VEYA NEFES VERİRKEN ISLIK SESİNE BENZER SES ÇIKMAŞI; genellikle akciğerlerde sıvı birikmesi sonucu olur. Ancak astım veya kronik bronşiti olanlarda da görülebilir.

VÜCUT AĞIRLIĞINDA DEĞİŞİKLİK; kalp yetersizliği olan hastalarda hızlı kilo değişimi (sıvı birikimine bağlı kilo alımı veya tedavile bağlı kilo kaybı) sık görülmektedir. Her sabah tartılmanız ve 3 gün içerisinde 2 kilodan fazla kilo alırsanız doktorunuza başvurmanız gerekir.

AYAK BİLEKLERİNDE ŞİŞLİK; vücudunuzda sıvı birikmesi ayak bileklerinizi şişik (ödem) şeklinde olabilir. Şişik fazla olduğunda uykuk, baldırlar ve karnınızda da görülebilir. Doktorunuz, hastalığınızın durumuna göre günlük almanız gereken sıvı miktarı hakkında sizi bilgilendirecektir.



İŞTİHAHSIZLIK; hastalığınızdan dolayı karaciğer ve karnınızda gelişen sıvı birikmesine bağlı olarak iştahsızlık, iştahsızlık, hazımsızlık olabilir. Bu durumda az ve sık yemek yemek önerilir.

GECELERİ İDRARA ÇIKMA İHTİYACI; geceleri yatıbağı uzandığınızda gün boyu ayaklarınızda biriken sıvı kan doluşmasına kullarlık bobbeklerden süzülün kan miktarını artırır. Bu durum gece idrara çıkma ihtiyacınızı veya sıklığını artırabilir. Akşam saatlerinden sonra sıvı alımıni kısıtlamak ve yatmadan önce tualete gitmek gece idrar sıklığınızı azaltmada faydalı olabilir. Dörek (idrara söktürücü) kullanıyorsanız, sabahları almak daha faydalıdır.

DEPRESYON VE ANKSİYETE; kalp yetersizliği olanlarda depresyon, tedirginlik, huzursuzluk ve sıkıntı hissi yaygındır. Hastalığınızın semptomları sizin yorgun, bitkin ve sinirli hissetmenize neden olarak normal sosyal aktivitelere kabliğinizi engelleyebilir.



YORGUNLUK/BİTKİNLİK; karnımdaki oksijen ve beslenme yetersizliği daha çabuk yorulmanıza neden olur. Orta düzeyde ve düzenli egzersiz şikayetlerinizi azaltabilir.

BAŞ DÖNMESİ/SERSEMELİK; kalp yetersizliği olan hastaların baş dönmesi ve sersemlik hissi genelde kullandıkları ilaçlara bağlıdır. Ancak kalp ritim düzensizliği ve oturur veya yatar pozisyonundan aniden ayağa kalkmak da bu şikayetlere sebep olabilir.

KALP HIZINDA ARTIŞ; kalp yetersizliğinde, kalbiniz yeterli kadar kanı pompalayamadığından bu durumu telafi etmek için daha hızlı atar.

NELER KALP YETERSİZLİĞİNE NEDEN OLUR?



Geçmişte veya halen yaşadığınız bazı rahatsızlıklar kalbinizde hasara ve ekstra yükü neden olarak kalp yetersizliğine neden olabilir.

KALP KRİZİ; kalp yetersizliğinin en sık sebebidir. Kalp krizi sırasında kalbinizi besleyen damarlardan birisi tamamen tıkanır ve kalp kasınıza oksijen ve besin sunumu engellenir. Bundan etkilenen kalp kasi hücreleri ölür. Kalbinizin geri kalan hücreleri aynı işi yapmak zorunda kalırlar ve kalibrabilmektedirler daha fazla bir iş yüküne maruz kalırlar.



KALP DAMAR HASTALIĞI; damar duvarında oluşan kolesterol içeren plakattan dolayı kalbinizi besleyen damarlardan bir veya daha fazlasında daralma meydana gelir. Bu daralma, kalp kasına ulaşan kan (dolayısıyla oksijen ve gerekli besinler) miktarında azalmaya neden olarak göğüs ağrısına neden olur. Bu durum, yaşam tarzı değişikliği ve tıbbi tedavi ile geciktirilebilir ve hatta önlenir.

KAN BASINCI YÜKSEKLİĞİ (HİPERTANSİYON); kan doluşmasını sürdürmek için kalbinizin daha fazla çalışmasına neden olur. Kan basıncının kontrolde olmaması kalp yetersizliği gelişme riskini artırır. Hipertansiyon tedavi edilebilir bir hastalıktır.

KALP KAPAĞI HASTALIĞI, KALP KASI HASTALIĞI VEYA İLTHABİ VE DOĞUMSAL KALP HASTALIĞI; kalp kapakçıklarınızda problem varsa her kalp atımında düzgün açılmaz ve/veya kapanmazlar. Bu durumda kalbiniz yeterli miktardaki kanı doğru yönde pompalayabilmek için daha fazla çalışmak zorunda kalır ve kalp yetersizliği gelişme riski artar. Kalp amiyozozu denilen kalp kasi hastalıklarında kalp kasında kalınlaşma, sertleşme veya kalp büyüme gibi yapısal değişiklikler olur. Miyokardit, genellikle virüs enfeksiyonlarından görülen kalp kasi iltihaplanmasıdır. Doğduğunuzda kalbiniz, kalp kapaklarınız veya kalp odacıklarınız normal gelişmemişse, kalbinizin çalışmasında veya kan akımında problemler oluşabilir. Bölin bu durumlarda kalbin yeterli kadar kan pompalaması zorlaşabilir ve kalp yetersizliği gelişebilir.

AKCİĞER, BÖBREK HASTALIKLARI VE DİĞER DURUMLAR; akciğer hastalığınız varsa karnımdaki oksijen miktarı azalabilir ve kalbiniz daha fazla çalışmak zorunda kalabilir. Akciğer hastalıklarına bağlı oluşan kalp yetersizliği genellikle kalbinizin sağ tarafını etkiler ve karnınız ve ayaklarınızda sıvı birikimine neden olur. Böbrek yetersizliğinde sıvı ve tuz tutulumunu artırarak hormonlar artar ve fazla sıvı birikimine neden olarak ödeme neden olur. Enfeksiyon, kansızlık, ritim bozukluğu, şeker hastalığı ve tiroid bez bozukluğu kalp yetersizliğini kötüleştirir.

KALP YETERSİZLİĞİNDE YAYGIN KULLANILAN TESTLER; hastalığınız öyküsü, fizik muayene, elektrokardiyografi, kan testi, akciğer filmi, eko-kardiyografi (kalp ultrasonu)dr. Kalp yetersizliği hakkında daha fazla bilgi edinmek amacıyla bazen akciğer fonksiyon testi, egzersiz testi, manyetik rezonans görüntüleme, kalp kateterizasyonu, anjiyografi, nükleer tip yöntemleri ve tomografi gibi incelemeler gerekebilir.

KALP YETERSİZLİĞİ NASIL BİR SEYİR İZLER? kalp yetersizliği genellikle zaman içerisinde yavaş yavaş kötüleşme eğilimi gösteren kronik ve ciddi bir rahatsızlıktır. Yaşam sürenizi kısaltabilir. Hastalığınızın dikkatli ve düzgün bir şekilde tedavisi hem yaşam kalitenizi hem de yaşam sürenizi artırır.

KALP YETERSİZLİĞİ İLAÇLARI; genel sağlık durumunuz, hastalığınız şiddeti ve şikayetlerinizin durumuna göre ilaçlar (idrara söktürücü), anjiyotensin dönüştürücü enzim engelleyiciler, anjiyotensin reseptör blokörleri, beta blokörler, aldiosteron blokörleri, digoksin, ritim düzenleyiciler, damar genişletici, kan sulandırıcı ve kolesterol düşürücü ilaçlar kullanılabılır.

CİHAZ TEDAVİSİ VE CERRAHİ; kalp ritim anormallığı veya kalbin elektrikli iletiminde problem varsa şikayetlerinizin azaltması ve yaşam sürenizi uzatması için kalp pili denilen özel cihazlardan fayda görülebilsiniz. Bazın kalp damarınıza stent yerleştirilmesi, bypass operasyonu, kalp kapağı operasyonu veya kalp nakli operasyonu gerekebilir.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

YAŞAM TARZINA ADAPTASYON; kalp yetersizliği, yaşam boyu tedavi gereken kronik bir hastalıktır. Nadsiren, tamamen normale döner. **KİLONUZU KORUMAK;** kalp yetersizliği vücut ağırlığınızda hızlı değişikliklere neden olabilir. Kısa zaman içerisinde istemsiz kilo kaybı ciddi bir durumun habercisi olabilir. Yeterli miktarda kalori almamaya, hareketsizliğe veya kalp yetersizliğinden dolayı kas kütlesi kaybına bağlı gelişebilir. Ayrıca idrar söktürücü ilaç dozunuzun fazla olduğu anlamına da gelebilir.

TUZ TÜKETİMİ; kalp yetersizliği hastalarında tuz tüketimini kontrol altına almak önemlidir. Tuz tüketimini azaltmak için öncelikle masalardan ve görünür yefinden uzaklanı kaldırarak, daha fazla sebze meyve tüketmek, yag oranı düşük ve işlenmemiş gıdalara tercih etmek, tahl ve balık tüketimini artırmak gerekir.

SIVI ALIMI; kalp yetersizliği çoğu hastada günlük alınması gereken toplam sıvı miktarı 1.5-2 litre civarındadır (bu miktara su, çay, kahve, meyve suları, gorbalar, süt ve gazlı içecekler dahildir). Günlük sıvı tüketimini azaltmada büyük bardak ve kupa yerine küçük bardakları tercih etmek, bir öğleada fazla miktarda sıvı almak yerine az miktarda gün içerisinde içmek ve suyu ve meyveleri soğuk olarak tüketmek faydalıdır.

ALKOL TÜKETİMİ; eşlik eden kalp hastalığınız olduğunda fazla miktarda alkol tüketmek kalp hızınızı ve kan basıncınızı yükseltir. Alkol bağımlılarında, alkolik kardiyomyopati denilen kalp yetersizliğine sebep olabilir. Genel bir öneri olarak günlük alkol tüketiminin 1-2 bardağı geçmemesi önerilir (bir bardak içecek içtikten sonra bir şişe bira veya bir kadeh şarabı veya benzer miktarda alkol içeren eşdeğerlerini ifade eder). Kalp yetersizliğine bağlı şikayetleriniz ciddi ise alkol tüketiminden tümüyle uzak durmalısınız.

POTASYUM ALIMI; rahatsızlığınız için idrar söktürücü ilaç kullanıyorsanız potasyum kaybı olabilir. Bu durumda doktorunuz ilaçlara değişiklik yapabilir veya muz, portakal, kuru erik, soya fasulyesi, patates, kavrın, karpuz ve balık gibi potasyumdan zengin gıdaları tüketmenizi önerirler. Potasyum düzeyiniz yüksekse potasyum kısıtlayıcı diyet önerilebilir.

YAĞ VE KOLESTEROL; diyetinizin meyve, sebze, balık, kütmes hayvanların et, yağsız et, tahıl ve soya gibi yeterli oranda içermesine ve tükettiğiniz yağların mümkün olduğu kadar doymamış yağlardan olmasına ökkat ediniz.



KALP YETERSİZLİĞİYLE YAŞAMAK

Doğru bir tedavi ve destek olduğu takdirde ve hastalığınız durumuna göre sınırlanmış kaydıyla kalp yetersizliği olan hastalar yapmak istedikleri faaliyetlerin çoğunu yapabilirler.

AKTİVİTE VE EGZERSİZ; kalp yetersizliği olan hastaların büyük çoğunluğunda faydalıdır. Egzersiz programına başlamadan, yaptığınız egzersizin miktarını artırmadan veya tipini değiştirmeden önce kalbinizin üzerine taşıyabileceğinizden daha fazla yük yüklemeyi denemelisiniz. Her zaman yaptığınız aktiviteye yavaşça her zaman aynı hareketlerle başlayın ve bitirirken tempoyu yavaş yavaş artırın. Soğuk veya rüzgarlı havada dışına hareketlerinizi dışarı çıkarmadan önce yapmanız önerilir. Yürüyüş yapmak egzersiz için güzel bir başlangıçtır. Zaten yürüyüş yapıyorsanız, bisiklete binmeyi veya yüzmeyi deneyebilirsiniz. Her zaman yaptığınız aktiviteye yavaşça başlayın ve forma girdiğe kadar ve şiddetli tedricen artırın. Nefes darlığı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, bulantı veya soğuk terleme hissederseniz yaptığınız egzersizi hemen durdurun. Ağır bir yemektan sonra veya uzun bir açıklan sonra egzersiz yapmayın. Hafif bir yemektan 1-2 saat sonra egzersiz yapınız. Nefes tutma, direnç ve ani hareket gerektiren egzersizlerden kaçınınız.

SİĞARA İÇMEK; kanınızın oksijen taşıma kapasitesini etkiler, kan basıncınızı artırır, damarlarınızda yağ birikimi ve tıkanıklık oluşumuna neden olur. Bütün bunlar kalp yetersizliğini olumsuz etkiler.



Sigaranın bırakmak, hiçbir zaman geç değildir ve sigarayı bırakmak kalbiniz için çok faydalıdır. Sigarayı bırakmak için değişik yöntemler mevcuttur; 1. nikotin bandı, sakızı veya spreyi kullanmak, 2. yavaş yavaş günlük içtiğiniz sigaranı miktarını azaltmak, 3. yemek sonrası sigara içmek yerine dışarı çıkmak, 4. sigara içilen ortamdan uzak durmak, 5. elinizi ve ağzınızı sakız çiğneyerek veya kağıt karalayarak oyalamak, 6. egzersizi artırmak ve daha aktif bir hayat sürmek, 7. kullandığınız bosalımayın; bu size ne kadar çok sigara içtiğinizi ve ne kadar kötü bir koku yaydığınızı hatırlatacaktır, 8. özellikle sigara içeriler olmak üzere alle bireyleriniz sigaraya müdahaleye dahil edni; baştan şansınız artacaktır.

SEYAHAT; kalp yetersizliğiniz kontrol altında ise hafif orta seviyeli seyahatınıza bir engel yoktur. Uzun süreli seyahatlerde özellikle uçaklarda oturur vaziyette durmak ayak bileklerinize şişmelere ve bazen kramplara neden olabilir. Ayaklarınızı düzenli olarak hareket ettirmek ve uçak içerisinde gezinmek faydalı olabilir. Bazı durumlarda doktorunuz uçuş sırasında damarlarınızda pıhtı oluşumunu önlemek için diz üstü destek çorapları giymenizi önerebilir. Seyahate çıktığınızda bütün ilaçlarınızı yanınıza alınız.

ARAÇ KULLANMAK; kalp yetersizliği olan çoğu kişi güvenli bir şekilde araç kullanabilir ancak daha önce ritim bozukluğuna bağlı bilinç kaybı (bayılma) öyküsü olanlar doktoruna danışmalıdır. Şoförlük yaptıklarını gözetlen geçirmek gerekabilir ayrıca bazı ülkelerde kalp yetersizliği olanların şoförlük yapması yasaktır. Kalp pili olması genellikle araç kullanmaya ve şoförlük yapmaya engel değildir.

ÇALIŞMAK; çoğu kipte kalp yetersizliği yeterli kadar tedavi ve kontrol edilebilir ve hastalar uzun yıllar tam zamanlı olarak çalışmaya devam edebilirler. Kişi özelinde bakıldığında çalışabilmeyi kalp yetersizliğinin sebebi, ödünleri ve kişinin yaptığı iş belirlir. İşinin çalışma saatlerinde veya ağırlığında değişiklik yapılması gerekebilir. İşinizde giderek daha fazla zorlanmaya başlarsanız tedavinizde değişiklik gerekçe gerektirebilir. Doktorunuza danışabilirsiniz ve/veya iş ortamınızda durumunuza uygun değişiklik yapılabilmek yapılabileceği konusunda öğrenenize başvurabilirsiniz.

AŞILANMA; grip ve zatürre gibi enfeksiyonlar hastalığınızı olumsuz yönde etkileyebilir. Grip ve zatürreye karşı koruma sağlayacak güvnlü aşılar mevcuttur.

SOSYAL İLİŞKİLER; kalp yetersizliğinin etkili tedavisi genelde bir takım oyunun gerektirir. Alle bireyleriniz sizi destekleyerek mümkün olduğu kadar aktif bir yaşam sürmenizde anahtar rol oynayabilirler. Kan basıncı ve kalp hızı ölçümü, ilaçlarınızın düzenlenmesi gibi tedavi planlarına alle bireyleriniz dahil ediniz. Ailenizde birlikte ortak aktiviteler düzenleyiniz (beraberde otan piknik, sağlıklı yemekler hazırlamak). Yardım kabul etmekle birlikte mümkün olduğu kadarıyla bağımsız kalmak istediğiniz konusunda onları bilgilendiriniz.

CİNSEL YAŞAM VE KALP YETERSİZLİĞİ; çoğu hasta durumları kontrol altında olmak kaydıyla normal cinsel yaşamlarına devam edebilir. Aşağıdaki öneriler daha rahat ve güvenli bir cinsel yaşam için faydalı olabilir; 1. cinsel aktivite için stresli olmadığınız, dinlenmiş ve rahat olduğunuz zamanları seçin, 2. ağır bir yemektan sonra veya ağır miktarda alkol aldıktan sonra cinsel aktiviteden kaçınınız, 3. cinsel aktivitenizi çok sıcak veya soğuk olmayan, ılımlı ve rahat hissettiren bir ortamda yapınız. İlişki sırasında herhangi bir rahatsızlık, yorgunluk veya nefes darlığı hissederseniz ilişkiye devam etmeden önce bir süre dinleniniz. Sertleşme (impotans) veya boşalma gibi problemler için oldukça etkili tedavi yöntemlerinin olduğunu biliniz. Bu yöntemlerin çoğundan doktorunuzun onayı alınarak faydalanılabilir.

UYARILAR

Kalp yetersizliği yavaş ilerlediğinden bütün şikayet ve belirtileri düzenli olarak kontrol etmek önemlidir.

Aşağıdaki durumlarda acil yardım talep ediniz:

- Nitrogliserin (dilaltı hapına) rağmen rahatsızlayan göğüs ağrısı,
- Ciddi ve inatçı nefes darlığı,
- Bayılma,

Aşağıdaki durumlarda en kısa sürede doktorunuza bilgilendiriniz:

- Nefes darlığında artış,
- Nefes darlığı ile sık sık uykudan uyanmak,
- Rahat bir uyku için gereken yastık miktarında artış,
- Kalp hızında artış veya çarpıntınızın şiddetlenmesi,

Aşağıdaki durumları doktorunuzla görüşünüz:

- Hızlı kilo alımı,
- İlerleyici kanm ağrısı veya karın şişliği,
- Bacaklar veya ayak bileklerinde artan şişlik,
- İştahsızlık, bulantı hissi,
- Yorgunluk-halsizlikde artış,
- Giderek kötüleşen oksunluk

Kalp yetersizliğyle ilgili daha fazla bilgiyi www.ikd.org.tr adresinde bulabilirsiniz.

**KRONİK KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALAR İÇİN İNANÇ VE UYUM
ÖLÇEKLERİ İZİN YAZISI**

Kimden: [sidikaoguz](#) >

Kime: [Gökçen Atik Solak](#) >

Gizle

S

**Ynt: "Kronik kalp yetersizliği
olan hastalar için inanç ve uyum
ölçekleri" kullanım izin talebi**

30 Ağustos 2019 19:52

Sevgili Gökçen

Ölçeği kullanabilirsin. İyi çalışmalar.

Prof.Dr.Sıdka OĞUZ .

Marmara Üniversitesi

SBF İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı Başkanı

Başbüyük Mahallesi Maltepe

İSTANBUL

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2018

KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Emine KOL
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Sınıflandırılmış Hemşirelik Girişimlerinin Tedaviye Uyumuna ve Tekrarlı Yatış Sıklığına Etkisi
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 529	Tarih: 25.07.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı ilgili birimlerden gerekli izinlerin alınması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. A. C. T. ARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Veli YAZISIZ
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Bülge KARSLI
Üye

Prof.Dr. Oğuz DURSUN
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Gülşüm Özge BAYSAL
Üye

Doç.Dr. Dile KİPMEN KORGUN
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Banu NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye (İzinli)

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye

Turgut ALTUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/09/2018-E.112624



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı



Sayı : 12173819-929-E.112624
Konu : Araştırma İzni, Gökçek ATİK

18/09/2018

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10/09/2018 tarihli ve 420 sayılı yazı,

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gökçek ATİK'in, araştırma izni talebi ile ilgili Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan ilgide kayıtlı yazı Ek'te gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Erol GÜRPINAR
Rektör Yardımcısı

Ek: Yazı (2 sayfa)

Adres: Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı Kampus / Antalya
Telefon: 0242 310 1549 Faks: 242 310 15 59
e-Posta: personel@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: <http://personel.akdeniz.edu.tr/evrak-arsiv-birimi>

Bilgi için: Sultan NAZLI
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 2804

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 12394646-619
Konu : Araştırma İzni (Gökçek ATİK)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 17/08/2018 tarihli ve E.27492 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökçek ATİK'in, "Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Sınıflandırılmış Hemşirelik Girişimlerinin Tedaviye Uyumuna ve Tekrarlı Yatış Sıklığına Etkisi" başlıklı yüksek lisans çalışmasını Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde uygulama talebi uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Mehmet AKDAĞ
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ahmet GANTURK
Görevli
17/09/2018

EKLER:
1-Yazı(2 Sayfa)

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Birimi
Hüsnü Karakaş Mah. Güneş Cad. No: 124 Kepez/ANTALYA
Faks No:242 3206091

e-Posta:semra.oral@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.antalyasim.gov.tr

Bilgi için:Semra ORAL

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 242 3206000/6044

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8e54ca06-e042-4008-a6b9-852f8433786 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi



Sayı : 71713619-619
Konu : Araştırma İzni (Gökçek ATİK)

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Antalya Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına)

İlgi tarih sayılı yazınıza istinaden inceleme yapılmış olup; Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökçek ATİK'in, "Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Sınıflandırılmış Hemşirelik Girişimlerinin Tedaviye Uyumuna ve Tekrarlı Yatış Sıklığına Etkisi" başlıklı yüksek lisans çalışmasını, plan doğrultusunda yapabilmelerinde herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Ali Vefa SAYRAÇ
Başhekim

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Öğgen mevki Muratpaşa / ANTALYA
Faks No:
e-Posta: bolat.capraz@saglik.gov.tr İnt.Aдресi: .

Bilgi için: Bolat ÇAPRAZ
Unvan: SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No: 02423454550/1003

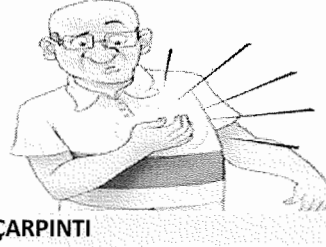
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8c54ca06-e042-4008-a6b9-852b43378b6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KALP NASIL BİR ORGAN

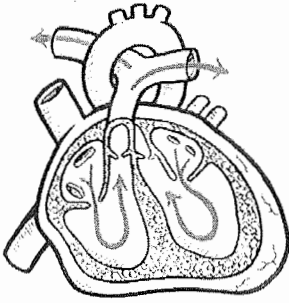


Kalp, her atımda kasılıp gevşeyerek
vücuda kan pompalayan bir kastır.

Kalp Yetersizliğinde neler olur?



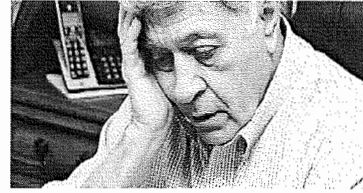
ÇARPINTI



SAĞLIKLI KALP

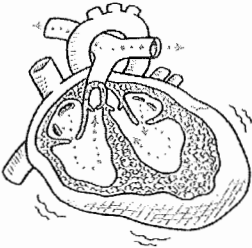
Kalp kası kanı
vücudun tüm bölümlerine
pompalayacak kadar
güçlüdür.

Kalp Yetersizliğinde neler olur?



YORGUNLUK

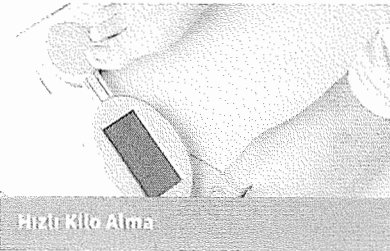
Kalp yetersizliğinde kalp **yeterince kuvvetle**
kasılamadığı için vücuda daha az kan
pompalanmış olur.



KALP YETERSİZLİĞİ

Kalp kası kalınlaşır ve
işlevini kaybetmeye başlar,
bu nedenle yeterince kan
pompalayamaz.

Kalp Yetersizliğinde neler olur?



Hızlı Kilo Alma

Kalp Yetersizliğinde neler olur?



AYAK VE BACAKLARDA ŞİŞLİK

Kalp yetersizliği tedavisi temelde

3 basamaktan oluşur



SAĞLIKLI BESLENME VE
TUZ TÜKETİMİNİN
AZALTILMASI

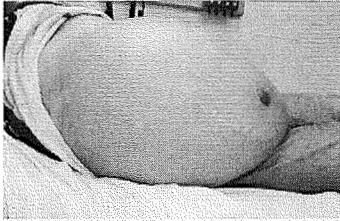


EGZERSİZ VE
YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ



İLAÇ TEDAVİSİ

Kalp Yetersizliğinde neler olur?

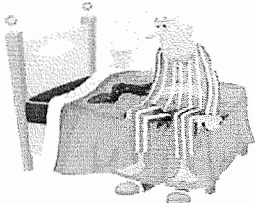


KARINDA ŞİŞLİK

NELER YAPMALIYIM



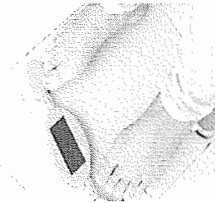
Kalp Yetersizliğinde neler olur?



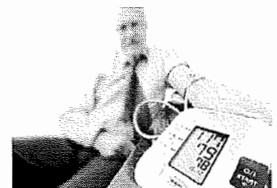
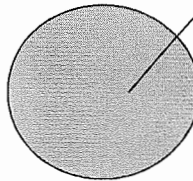
GECE İDRARA ÇIKMA



ÖKSÜRÜK



Düzenli olarak
tansiyon, nabız ve
kilo ölçümü



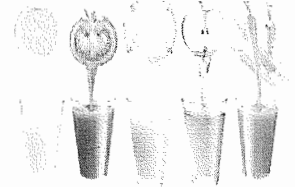
Her gün ödem kontrolü

Parmağınızı ayak bileğine, baldırını ön kısmına ve dize hafifçe bastırduğınızda ciltte bir çukur oluşuyor mu?



Günlük sıvı alımı ne oranda olmalıdır?

Günlük sıvı alımı
1.5–2 litreyi
(8 su bardağı)
geçmemelidir.

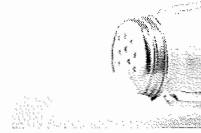


Her gün ödem kontrolü

Kıyafetlerin bel lastiği sıkıyor mu?

Parmaktaki yüzükler dar geliyor mu?

Çoraplar veya ayakkabılar sıkıyor mu?



Günlük tuz alımı ne oranda olmalıdır?

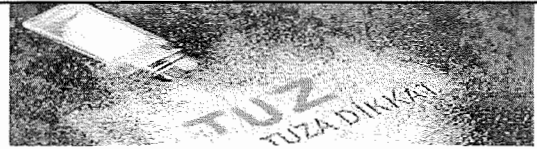
Kalp yetersizliğinde günlük tuz tüketimi **5 gramın**
(**1 silme tatlı kaşığı**) altında olmalıdır.



Nefes alış-verişteki değişimlerin farkında olun



- Normalden daha fazla nefes darlığı yaşamak
- Geceleri daha fazla yastık kullanmak
- Sürekli öksürük veya hırıltı olması
- Balgam renginde değişim
- Konuşmayı sürdürürken zorlanmak



- **Yemekleri tuzsuz pişirin.** Yemeklere tuz yerine taze ve kuru baharatlar veya acı, limon, sirke tercih edilebilir.
- Taze ürünleri tercih edin, paketlenmiş hazır ürünlerde tuz miktarı daha yüksektir.



- Tuzlu krakerler, cipsler, tuzla kavrulmuş yağlı kuruyemişlerden, salamura gıdalar (zeytin, turşu v.b), konserve ürünler, salça, hazır çorbalar ve et-tavuk suyu tabletlerinden **uzak durun.**
- Salam, sosis, sucuk, pastırma ve füme edilmiş et ürünleri yüksek miktarda tuz içerir.

Üzümsü Meyveler

ahududu, böğürtlen ve çilek gibi meyveler



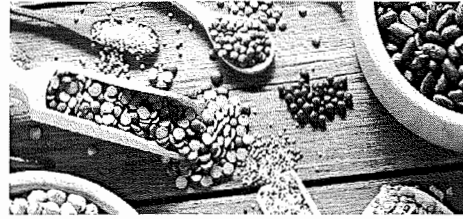
SAĞLIKLI BESLENME

- Badem, ceviz ve fındık gibi yağlı tohumlar



Kuru Baklagiller

Kuru fasulye, barbunya, nohut ve yeşil mercimek gibi bakliyatlar



Yağlı Balıklar



Turuncu ve Kırmızı Sebzeler

Havuç, tatlı patates, kırmızı biber ve kış kabağı

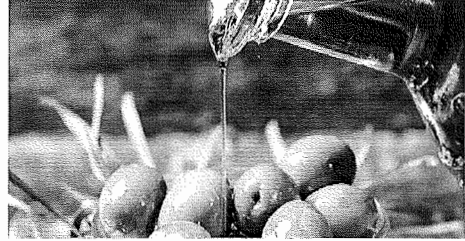


Yeşil Yapraklı Sebzeler

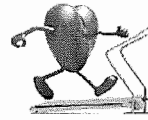
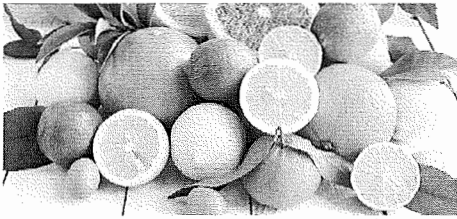
Ispanak ve brokoli gibi yeşil sebzeler



Zeytinyağı

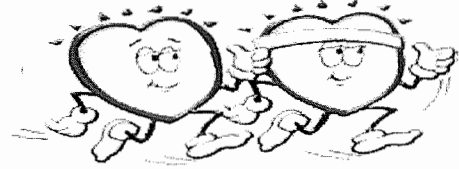


Turunçgiller ve Tropik Meyveler

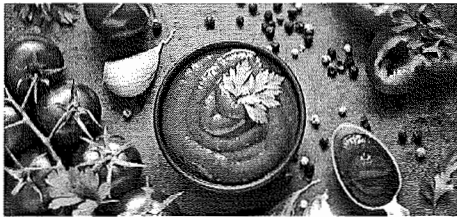


Neden egzersiz yapmalıyız?

Kalp aslında bir kastır. Kalbin zinde kalması ve tüm vücuda temiz kanı etkili bir şekilde pompalayabilmesi için egzersize ihtiyacı vardır.



Domates

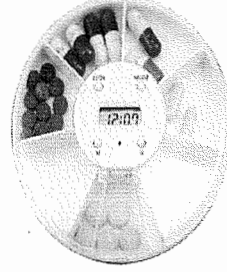


Kalp Yetersizliği ve Egzersiz

- Yürüyüş yapmak egzersiz için güzel bir başlangıçtır.
- Egzersiz düzeyi kademeli ve yavaş yavaş arttırmalıdır.
- 10 dakika yürüyüş ile başlanabilir (gidiş geliş 5'er dakika olacak şekilde)
- Her hafta yapılacak egzersiz miktarını artırmayı planlayın.
- **İdeal egzersiz süresi haftanın en az 5 günü günde 30 dakika yürüyüştür.** İdeal süreye ulaşıldıktan sonra egzersiz programını aynen devam ettirin.



Nefes tutma, direnç ve ani hareket gerektiren egzersizlerden kaçınin.

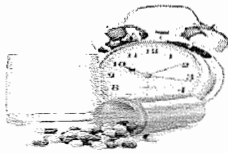
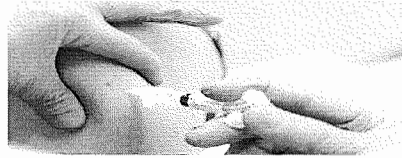


- Hiç ilaçsız kalmamak üzere önceden planlama yapın.
- İlaçlarınızı hiç bir zaman doktorunuzun verdiğiinden daha yüksek dozda kullanmayın. İlacınızı kullanıp kullanmadığınızdan emin değilseniz, bir sonraki doz zamanına kadar bekleyin

Egzersiz yapılmaması gereken durumlar

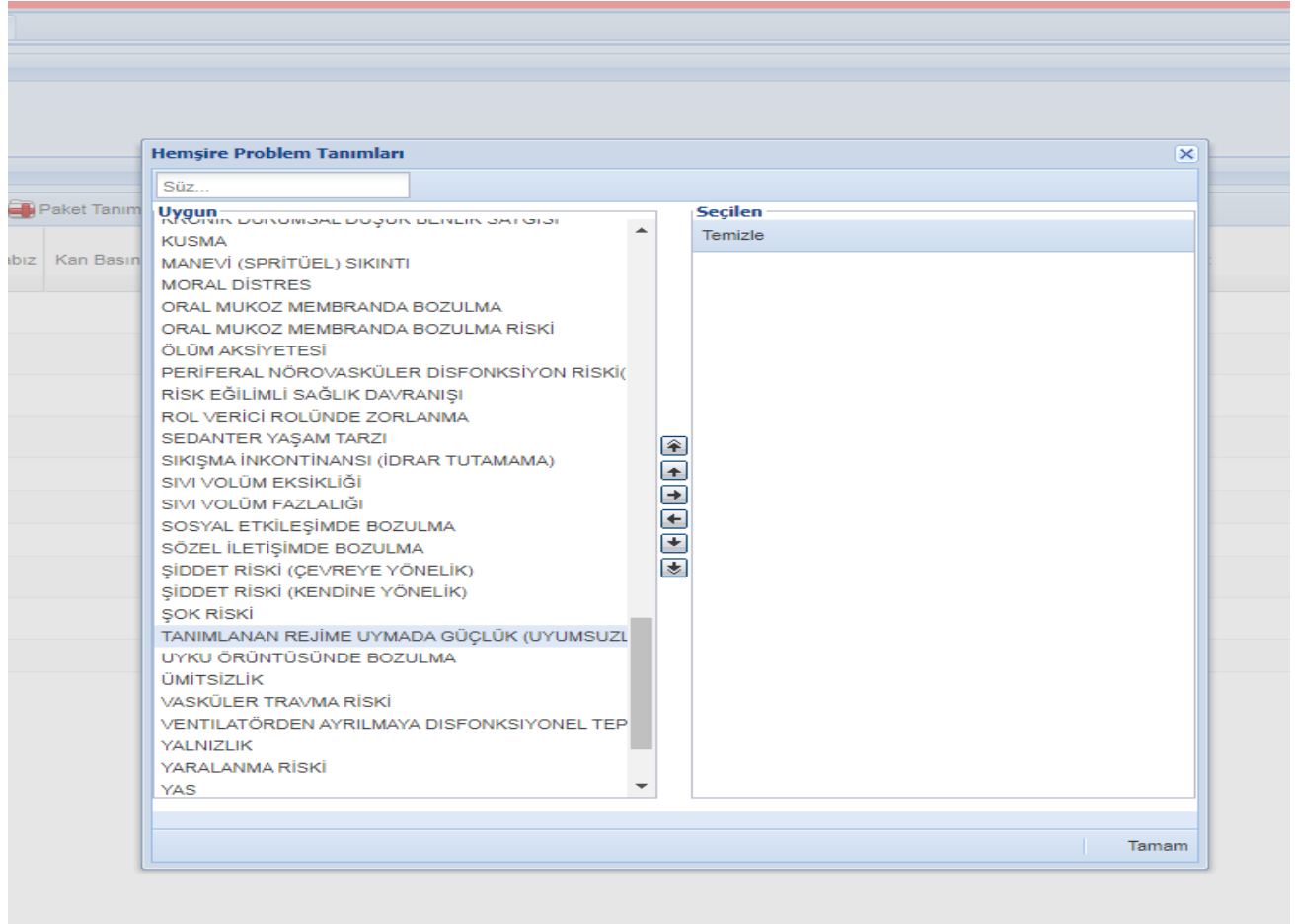
- Yeni yemek yendiyse (en az 1-2 saat bekleyin)
- Dinlenme halindeyken nefes darlığı yaşıyorsa
- Yorgun hissediyorsa
- Ateş veya grip gibi durumlar varsa
- Göğüste ağrı varsa
- Son 1 hafta içerisinde ilaçlarda büyük bir değişiklik olduysa.

- Yanınızda her zaman ilaçlarınızın bir listesini bulundurun.
- Kalp yetersizliğini kötüleştirebilecek enfeksiyonlardan korumak için kış mevsimine girmeden grip ve zatüre aşısı önerilmektedir.



İlaçları düzenli kullanmak

- İlaçlarınızın her birini, her gün, doğru zamanda alın.
- İlaçlarınızın dozunu, kendinizi iyi hissetseniz bile atlamayın
- Doktorunuzun önerisi olmadan ilaçlarınızı kullanmayı bırakmayın – bir anda bırakmak tehlikeli olabilir



VİTAL MONİTÖR

Hemşire Sonuç Tanımları

Süz...

Uygun

- Bireyin diyetine uyumunu sağlamak
- Bireyin hastalık yönetimine uyumunu sağlamak
- Bireyin ilaç kullanımına uyumunu sağlamak
- Bireyin kendi sağlığını etkili bir şekilde yönetmesini sağlamak
- Bireyin tedavi programına uyumunu sağlamak
- Bireyin uyumunu sağlamak

Seçilen

Temizle



Tamam

VİTAL MONİTÖR

Hemşire Girişim Tanımları

Süz...

Uygun

5395 Öz- etkililiği güçlendirme;
5395-1 İstenilen davranışı gerçekleştirmekte kendi kapas
5395-10 Öğrenme süreci sırasında emosyonel destek ve
5395-11 Davranışı gerçekleştirmesi için bireyin yeteneği/
5395-12 Davranış değişikliğini başarılı bir şekilde yapmış
5395-2 İstenilen davranışı yapmanın yararları hakkında b
5395-3 İstenilen davranışı yapmamanın riskleri hakkında
5395-4 Davranış değişikliği hakkında engeller belirlenir
5395-5 Davranış değişikliği için eylem planına bağlı kalm
5395-6 Davranış değişikliği yapma ve eylemde bulunma l
5395-7 Davranışı gerçekleştirmek için gerekli bilgi ve bec
5395-8 Yaşa ve kültüre uygun öğrenme stratejileri belirler
5395-9 İstenilen davranış demonstre edilir
5602 Öğretim: hastalık süreci;
5602-1 Hastanın hastalık süreci ile ilgili mevcut bilgi düze
5602-10 Mevcut tanısal işlemler hakkında uygun şekilde
5602-11 Hastalık sürecini kontrol etmek için yaşam şekli
5602-12 Tedavi ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi sa
5602-13 Olabilecek kronik komplikasyonlar uygun şekilde
5602-14 Hastalığa yönelik tedavinin yan etkileri , alınacak
5602-15 Olası kaynaklar/ destekler tanımlanır
5602-16 Yerel toplumsal kaynaklara/ destek gruplarına y
5602-17 Hastaya hangi belirti ve bulguları sağlık persone
5602-18 Komplikasyonlar meydana gelirse arayacağı tele
5602-2 Hastalığın fizyopatolojisi uygun şekilde açıklanır
5602-3 Hastanın durumu hakkındaki bilgisi gözden geçiri

Seçilen

Temizle



Tamam

HEMŞİRELİK SÜRECİ BAKIM PLANI KAYIT FORMU				Servisi :	
				Adı Soyadı :	
				Dosya/ProtokolNo:	
				Yatış Tanısı :	
				Yatış Tarihi :	
Kodu: HB.FR.55	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	00	Revizyon Tarihi:	Sayfa: Page 5 of 6
TARİH	HASTANIN BAKIM İHTİYAÇLARI (Mevcut / Olası)	BAKIM İHTİYACINA YÖNELİK HEDEFLER	BAKIM İHTİYACINA YÖNELİK UYGULAMALAR	PARAF SAATİ	UYGULAMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
	TANIMLANAN REJİME UYMADA GÜÇLÜK (UYUMSUZLUK)	Bireyin diyetine uyumunu sağlamak	5614 Öğretim: tanımlanmış diyet; 5614-1 Hastanın tanımlanmış diyetle ilişkin mevcut bilgi düzeyi değerlendirilir, 5614-10 Hastaya tanımlanmış diyetle yer alan besin tercihlerine uyum sağlaması için yardım edilir, 5614-11 Hastaya etiketleri nasıl okuması ve uygun yiyecekleri nasıl seçmesi gerektiği konusunda bilgi verilir, 5614-12 Hastanın tanımlanmış diyeti uygun yiyecek seçimleri gözlenir, 5614-13 Hastaya uygun öğünleri nasıl planlayacağı konusunda bilgi verilir, 5614-14 Hastaya diyet ile uyumlu reçeteleri / tarifleri içeren bir yemek kitabı temin etmesi sağlanır, 5614-15 Hasta bir diyetisyenle görüşmesi için yönlendirilir, 5614-16 Aile uygun şekilde dahil edilir, 5614-2 Hastanın şimdiki ve geçmişteki beslenme şeklini, tercih ettiği besinleri ve şimdiki yeme alışkanlıkları değerlendirilir, 5614-3 Hastanın tanımlanmış diyetle uyma		
					GÖKÇENATIK

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gökçen	Uyruğu	T.C.
Soyadı	ATİK	Tel no	05052203007
Doğum tarihi	10.09.1982	e-posta	gokcenatiksolak@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Bucak Sağlık Meslek Lisesi	1999
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2004
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2020
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Yoğun Bakım Hemşiresi	Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi	2002-2005
Acil Servis Hemşiresi	Mersin Devlet Hastanesi Acil Servis	2005-2006
Yoğun Bakım Hemşiresi	Atatürk Devlet Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım	2006-...

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yükseköğretim Kurumları Yabancı Dil Sınavı (YÖKDİL)	53,750

Kongre, Sempozyum Katılımları

- 26. Uygulamalı Girişimsel Ulusal Kardiyoloji Toplantısı-2019
- 34. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi-2018
- 24. Ulusal Uygulamalı Girişimsel Kardiyoloji Toplantısı-2017
- 33. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi-2017
- 4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi-2017
- ‘Güvenli IV Girişim’ Eğitim Toplantısı-2017
- 32. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi-2016

- | |
|--|
| 31. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi-2015
30. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi-2014
3. Akdeniz Hemşirelik Günleri ‘Amaliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu’-2013
2. Akdeniz Hemşirelik Günleri ‘Yoğun Bakım Hemşireliği’-2012
XVI. Ulusal Uygulamalı Girişimsel Kardiyoloji Toplantısı-2009
III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-2004 |
|--|

Kurs Katılımları

- | |
|---|
| Fizik Muayene Kursu- 2018
UMKE Temel Eğitim Katılım Kursu-2011
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Kurs-2008
Adli Hemşirelik Sertifikalı Kurs-2004 |
|---|

Kongre Sunumları

- | |
|---|
| 3. Akdeniz Hemşirelik Günleri ‘Amaliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu’- 2013 'Varis Tedavisinde Hemşirelik Bakımı Sunumu'
2. Akdeniz Hemşirelik Günleri ‘Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu’-2012
‘Yoğun Bakım hemşiresinin Görev, Yetki Ve Sorumlulukları’ Sunumu
4. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi- 2017 ‘Teknolojinin Hemşirelik Bakımına Yansımaları’ poster sunumu |
|---|