

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARINA VERİLEN SAĞLIK
DAVRANIŞLARINI GELİŞTİRME EĞİTİMİNİN KRONİK HASTALIK ÖZ
YÖNETİMİ VE HASTALIK SEMPTOMLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NİDA USLU

İSTANBUL, 2023

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARINA VERİLEN SAĞLIK
DAVRANIŞLARINI GELİŞTİRME EĞİTİMİNİN KRONİK HASTALIK ÖZ
YÖNETİMİ VE HASTALIK SEMPTOMLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NİDA USLU

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYLİN AKÇA SÜMENGİN

İSTANBUL, 2023

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Başlığı : Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarına Verilen Sağlık Davranışlarını Geliştirme Eğitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi ve Hastalık Semptomları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Tez Sahibi : Nida Uslu

Sınav Tarihi : 06.07.2023

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Dr Öğr Üyesi Evin Korkmaz (Bahçeşehir Üniversitesi)
Tez danışmanı:	Dr Öğr Üyesi Aylin Akça Sümengen (Yeditepe Üniversitesi)
Üye:	Dr Öğr Üyesi İnci Kırtıl (Yeditepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

İmza

Unvanı, Adı Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

06.07.2023

Nida USLU

İmza

İTHAF

Bu tez çalışmamı benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, bana inanan, her zaman yanımda olan, hayatıma değer katan sevgili eşime, çok kıymetli anneme ve babama, canım kardeşime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR METNİ

Tez çalışmam boyunca bilgi, rehberlik ve desteğini benden esirgemeyen değerli hocam

Dr. Öğr. Üyesi Aylin Akça Sümengen'e

Veri toplama sürecimde benden yardımını esirgemeyen çok değerli çalışma arkadaşlarıma;

Hem veri toplama süreci hem de hayatımın geri kalanında benden desteğini esirgemeyen çok kıymetli eşime;

Bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen canım aileme;

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim...



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU	ii
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR METNİ	v
TABLO LİSTESİ	x
KISALTMA LİSTESİ	xii
ABSTRACT	xiii
ÖZET	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı	4
2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi	4
2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi	5
2.4. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi	5
2.5. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları	6
2.6. Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması ve Tipleri	8
2.6.1. Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology (ESC)) Sınıflaması	8
2.6.2. New York Heart Association (NYHA) Sınıflaması	9
2.6.3. American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Sınıflaması	10
2.6.4. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği	10
2.6.5. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği	11
2.6.6. Yüksek Debili ve Düşük Debili Kalp Yetersizliği	11
2.7. Kalp Yetersizliği Tanısı	11
2.8. Kalp Yetersizliğinin Farmakolojik Tedavisi	13
2.9. Kalp Yetersizliğinin Non-farmakolojik Tedavisi	18
2.10. Kalp Yetersizliği Hastalarında Öz Yönetim	18

2.11. Kalp Yetersizliği Hemşirelik Bakımı	19
2.12. Kalp Yetersizliği Hastasının Kronik Hastalık Öz Yönetimi Eğitimi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
3.1. Araştırmanın Amacı	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.3. Araştırmanın Yöntemi	21
3.4. Örneklem Büyüklüğü	22
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	22
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	22
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	22
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	22
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	22
3.7. Veri Toplama Araçları	23
3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (EK 5)	23
3.7.2. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (EK 6)	23
3.7.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Formu (EK 8)	23
3.7.4. Eğitimin İçeriği	23
3.7.5. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	26
4.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulgular	26
4.2. Hipotez Testlerine ait Bulgular ve Yorum	28
4.3. Sosyodemografik Verileri ile Kronik Hastalık Özyönetimi Becerileri Bulgular	32
4.3.1. Cinsiyet Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine Ait Bulgular ve Yorum	33

4.3.2. Medeni Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum.....	34
4.3.3. Eğitim Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum.....	34
4.3.4. Alkol Kullanma Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum.....	35
4.3.5. Sigara Kullanma Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum.....	36
4.3.6. Hastalık Süresi Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum	36
4.3.7. Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Oranı ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum.....	37
4.3.8. Son Bir Yılda Acile Gitme Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum.....	37
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. Sosyodemografik Verilerin Tartışması	39
5.2. Hipotez Testlerinin Tartışması.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
6.1. Sonuç	49
6.2. Öneriler	51
7. KAYNAKÇA.....	53
8. EKLER	70
8.1. Ek 1: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	70
8.2. Ek 2: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Yazısı	71
8.3. Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	72
8.4. Ek 4: Örneklem Hesap Protokolü	74
8.5. Ek 5: Sosyo-demografik Bilgi Formu	74
8.6. Ek 6: Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)	75

8.7. Ek 7: Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) İzin Yazısı.....	76
8.8. Ek 8: Kronik Hastalık Öz Yönetim Formu.....	77
8.9. Ek 9: Kronik Hastalık Öz Yönetim Formu İzin Yazısı.....	78
8.10. Ek 10: Eğitim Broşürü.....	79
8.11. Ek 11: Özgeçmiş	80



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kalp Yetersizliğinin Semptom ve Bulguları (25).....	7
Tablo 2. Kalp Yetersizliğinin Ejeksiyon Fraksiyonuna Göre Sınıflandırılması ve Tanımları (25)	8
Tablo 3. NYHA Fonksiyonel Kapasite Sınıflaması (40).....	9
Tablo 4. ACC/AHA Kalp Yetersizliği Sınıflaması (41).....	10
Tablo 5. Katılımcılara ait Sosyodemografik Veri Tablosu	26
Tablo 6. Katılımcıların Kalp Hastalığı Öyküsüne Ait Tanımlayıcı Veriler	27
Tablo 7. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşama Anketi Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Ön test ve Son Test Kıyaslaması ****	28
Tablo 8. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt boyutlarının Ön test ve Son Test Kıyaslaması**	29
Tablo 9. Sosyodemografik Veriler ile Hastalık Özyönetimi Son Test *** Toplam Puanı-1	30
Tablo 10. Sosyodemografik Veriler ile Hastalık Özyönetimi Son Test Toplam Puanı-2	31
Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumlarına göre MLHFQ Son Test Toplam Puanı**	31
Tablo 12. Eğitim Durumları ile MLHFQ Son Test Post Hoc	31
Tablo 13. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumu ile MLHFQ Son Test Toplam Puanı **	32
Tablo 14. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumu ile MLHFQ Son Test Toplam Puanı **	32
Tablo 15. Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Durumu ile MLHFQ Son Test Toplam Puanı **	32
Tablo 16. Yaş Değişkeni ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **	32
Tablo 17. Cinsiyet Değişkeni ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri**	33
Tablo 18. Medeni Durum ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **	34
Tablo 19. Eğitim Durumu ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri ***	34
Tablo 20. Alkol Kullanma Durumu ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **	35
Tablo 21. Sigara kullanma Durumu ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri**	36
Tablo 22. Kronik Kalp Hastalığı Süresi ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri ** ...	36
Tablo 23. Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **	37

Tablo 24. Servise Başvuru Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim	
Becerileri **	37



KISALTMA LİSTESİ

ESC	Avrupa Kardiyoloji Derneği
NYHA	New York Kalp Cemiyeti
AHA/ACC	Amerikan Kalp Cemiyeti / Amerika Kardiyoloji Koleji
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
DEF-KY	Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
KEF-KY	Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonu Kalp Yetersizliği
HAEF-KY	Hafif Azalmış Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
RAAS	Renin-Anjiyotensin-Aldesteron Sistem
ICD	İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör
ARNİ	Anjiyotensin Reseptör – Neprisilin İnhibitörü
MLHFQ	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
MKYA	Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi

ABSTRACT

Uslu, N. (2023). Evaluation of the Effect of Health Behavior Development Training given to Chronic Heart Failure Patients on Chronic Disease Self-Management and Disease Symptoms, Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Master Thesis, Istanbul.

Heart failure is a syndrome that occurs with symptoms and signs related to cardiac dysfunction and is one of the leading health problems experienced by more than 26 million people in the world. This study was designed to investigate the effect of systematic education given to patients with chronic heart failure on their quality of life and chronic disease self-management. The study was carried out between January 1, 2023 and April 1, 2023, with 60 patients over the age of 18 who were hospitalized with the diagnosis of heart failure in the Cardiology Service of Tekirdağ Namık Kemal University Hospital and had heart failure for at least 1 year. Quality of life was evaluated with the "Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire" (MLHFQ) and disease self-management was evaluated with the "Chronic Disease Self-Management Scale" during hospitalization. The patients were given "Training on Living with Heart Failure" during their discharge. The quality of life and self-management of the patients were re-evaluated using the same scales during their outpatient controls 1 month later. The pre-training MLHFQ score average of the participants was 64.2 ± 19.42 , and the post-training MLHFQ score average was 44.01 ± 17.65 . The mean score of the participants on the Chronic Disease Self-Management Scale before the education was 2.2 ± 0.40 , and the mean of the total scores after the education was 3.13 ± 0.42 . It was observed that the applied education was highly effective on patients' self-management and quality of life ($p < 0.05$). It has been concluded that "Education for Living with Heart Failure" is the most important part of nursing care in terms of providing self-management of patients and increasing their quality of life.

Keywords: heart failure, self-management, quality of life, patient education

ÖZET

Uslu, N. (2023). Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarına Verilen Sağlık Davranışlarını Geliştirme Eğitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi ve Hastalık Semptomları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kalp yetersizliği, kalbin fonksiyon bozukluğuna bağlı semptom ve bulgular ile ortaya çıkan, yaşam süresinin kısalmasıyla sonuçlanan bir sendromdur ve dünyada 26 milyondan ülkemizde de 2 milyondan fazla insanı etkileyen önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Bu çalışma, kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesine ve kronik hastalık öz yönetimi üzerine etkisini araştırmak amacıyla tasarlanmıştır. Çalışma 1 Ocak 2023 – 1 Nisan 2023 arasında, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde kalp yetersizliği tanısı ile yatan, 18 yaşın üzerinde ve en az 1 yıl süreyle kalp yetersizliği olan 60 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların yatışları sırasında “Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşama Anketi” (MLHFQ) ile yaşam kaliteleri ve “Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği” ile hastalık öz yönetimi değerlendirilmiştir. Hastalara taburculukları sırasında “Kalp Yetersizliği ile Yaşama Eğitimi” verilmiştir. Hastaların 1 ay sonra poliklinik kontrolleri sırasında aynı ölçekler kullanılarak yaşam kaliteleri ve öz yönetimleri tekrar değerlendirilmiştir. Katılımcıların eğitim öncesi MLHFQ puan ortalaması $64,2 \pm 19,42$, eğitim sonrası MLHFQ puan ortalaması $44,01 \pm 17,65$ bulunmuştur. Katılımcıların eğitim öncesi Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği toplam puanların ortalaması $2,2 \pm 0,40$ ve eğitim sonrası toplam puanların ortalaması $3,13 \pm 0,42$ bulunmuştur. Uygulanan eğitimin hastaların öz yönetimlerine ve yaşam kalitelerine yüksek düzeyde etkili olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). “Kalp Yetersizliği ile Yaşama Eğitimi”nin hastaların öz yönetimini sağlaması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından hemşirelik bakımının en önemli parçası olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: kalp yetmezliği, özyönetim, yaşam kalitesi, hasta eğitimi



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp yetersizliği kalbin pompa fonksiyonun bozulduğu, dolaşım yetmezliğine sebep olan ve kalbin dokuların ihtiyaçlarını karşılamaya yetmemesi ve bunun sonucunda da ödem, nefes darlığı ve yorgunluk gibi semptomlarla karakterize bir hastalıktır (1). Kalp yetersizliği genellikle kronik seyreden bir hastalık olmasına karşın bazı özel durumlarda ani ve hızlı başlayarak akut seyir gösterebilir (2). 60 yaş üzerindeki kişilerde hastaneye yatışların en yaygın nedeni, kardiyovasküler hastalıklardır (3).

Kalp yetersizliği, kalbin fonksiyon bozukluğuna bağlı semptom ve bulgular ile ortaya çıkan, yaşam süresinin kısalmasıyla sonuçlanan bir sendromdur ve dünyada önde gelen sağlık sorunlarından (4). Kalp yetersizliğinin dünya çapında yükü 23 milyon vakaya yükselmiştir ve yaklaşık %50'si azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğidir (5) (6). Kalp hastalıklarının tedavisinin artması ve gelişmesi, beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması kalp yetersizliğinin artış nedenleri arasındadır (7). Dünyada kalp yetersizliği prevalansı yetişkin nüfusun %2'sini etkiler. Nüfusa dayalı çalışmalar bu oranın yaşlı nüfusta %7'ye çıktığını, erkeklerde kadınlardan daha yaygın olduğunu göstermektedir (8). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafınca yapılan HAPPY çalışmasına göre ülkemizdeki erişkin kalp yetersizliği prevalansı %6,9 bulunmuştur. Bu çalışma ülkemizde 2 milyonun üzerinde kalp yetersizliği hastası olduğunu göstermiştir (9).

Kalp yetersizliği, başta koroner arter hastalığı olmak üzere, ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, doğuştan veya genetik kalp hastalıkları, kalp enfeksiyonları gibi kalp hastalığı kaynaklı olabileceği gibi; hipertansiyon, diyabetes mellitus, böbrek yetersizliği, sigara, alkol kullanımı veya ilaç yan etkisi gibi kalp dışı nedenlere bağlı da olabilir (9). Kalp yetersizliğinin önlenebilen veya önlenemeyen birçok etiyolojisi bulunmaktadır. Kalp yetersizliği çalışmalarda iskemik kalp hastalığı, kalp kapak hastalığı, dilate kardiyomiyopati, hipertansiyon, diğer nedenler ve bilinmeyen veya miks tip etiyoloji olarak 6 ana etiyoloji grupta incelenmiştir (10). Ülkemizde de kalp yetersizliğinin en sık nedeni iskemik kalp hastalığıdır (11). Hastalığın nedenlerini anlamak, tedavinin düzenlenmesinde ve hastalığın takibinde yol gösterici olmaktadır (12).

İskemik veya iskemik olmayan sebepler nedeniyle kalbin fonksiyonlarının bozulması sonucunda çeşitli mekanizmalarla kalp kasında kalınlaşma ve kalp boşluklarında büyüme meydana gelir ve kalbin pompalama gücünü normal aralıktaki

tutmaya çalışır. İlerleyen dönemde bu mekanizmalar da yetersiz kalır ve kalp debisinin düşmesiyle birlikte kalp yetersizliği semptomları meydana gelir (13). Kalp yetersizliğinde semptomlar, kalp debisinin yetersiz kalmasından kaynaklanır ve nefes darlığı, ödem ve yorgunluk en sık semptomlardır (14) Kalbin yükünü artması sonucu hastalarda; aritmiler, ödeme bağlı kilo artışı, el ve ayaklarda ödem, solunum sıkıntısı, gibi semptomlar görülebilir. Hasta bu semptomları fark edip yönetebilirse hastaneye yatış sıklığını en aza indirebilir ve tedaviye etkin katılım sağlar (15).

Kalp yetersizliğinin bakımında öncelikli adım gelişmesini ve ilerlemesini önlemek ve risk faktörlerini ortadan kaldırmaktır. Tansiyon, nabız ve kan şekerinin regülasyonu sağlanması, egzersiz eğitimi, kilo yönetimi, diyet gibi hayat tarzı modifikasyonları bakımın ilk basamağını oluşturmaktadır (16). Farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler ile hastaların semptomatik düzelme sağlanması, hastaneye yatışları ve mortalitede azalma sağlanması amaçlanır. Hastaların tedaviye uyumu, semptomların erken tanınması ve hastalık ilerlemeden veya dekompanse olmadan hastaneye başvurusu için bilgilendirilmesi ve öz yönetim eğitiminin verilmesi, tedavide önemli bir yere sahiptir. Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği hastalarının taburculuk sonrası öz bakımının ve hastalık yönetimin yetersiz olduğu görülmüştür. Öz yönetim, hastalığı bireyin kendisinin ele almasını amaçlamaktadır. Bu terim, iyileşmeyi, korumayı ve geliştirmeyi sağlayan tüm aktiviteleri kapsar (17).

Kronik kalp yetersizliği uzun süreli tedavi gerektiren, tedaviye uyumsuzluk sonucunda semptomların, şikayetlerin ve hastaneye yatışların artması nedeniyle hastaların takipleri ve tedaviye uyumları ve öz yönetimleri çok önemlidir (18). Bu takip ve tedaviler, en iyi şekilde planlı biçimde verilen hasta eğitimiyle mümkün olmaktadır. İyi planlanmış bir eğitimle hastaların öz yönetimi ve bununla birlikte yaşam kalitelerinin artacağı ön görülmektedir (19). Kalp yetersizliği olan hastaların günlük yaşantıları önemli derecede etkilenmektedir. Hastalar, kalp yetersizliği hakkında yetersiz bilgiye sahip olup semptomlarını ve bu semptomları yönetmeyi, diyet ve egzersiz önerileri gibi günlük yaşamında kalp yetersizliği ile nasıl yaşam süreceğini bilmemesi sonucu tekrarlı komplikasyonlar yaşamaktadır. Bunları en aza indirmek için hemşirelik bakımında hastalara verilebilecek hastalık öz yönetimi eğitimi, hayati önem taşımaktadır.

Ayrıca hastanın bu hastalığın günlük yaşamını nasıl değiştireceğini ve hastalığını nasıl kontrol edeceğini de öğrenmesi elzemdir. Bu nedenle bu çalışmada, kalp

yetersizliği öz yönetimi ve hastaların kalp yetersizliği ile yaşama becerilerinin geliştirilmesini amaçlayan eğitimin etkinliğinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Hipotezler;

H0-1: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmamaktadır.

H1: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmaktadır.

H0-2: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilen eğitimin hastaların kronik hastalık öz yönetimi üzerine etkisi bulunmamaktadır.

H2: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilen eğitimin hastaların kronik hastalık öz yönetimi üzerine etkisi bulunmaktadır.

H0-3: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastaların sosyodemografik verileri ile kronik hastalık özyönetimi ve kalp yetersizliği ile yaşam becerisi arasında fark bulunmamaktadır.

H3: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastaların sosyodemografik verileri ile kronik hastalık özyönetimi ve kalp yetersizliği ile yaşam becerisi arasında fark bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliği Tanımı

Kalp yetersizliği, kalbin yapısal ve fonksiyonel bozuklukları nedeniyle, vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılamak için yeteri kadar kan pompalayamaması sonucu gelişen, kalp yetersizliğine özgü semptomlarla (halsizlik, nefes darlığı, ayak bileği ödemi) tanımlanan kronik bir hastalıktır (20). Kalp yetersizliğinin tüm dünyada 26 milyondan, ülkemizde ise 2 milyondan fazla insanı etkilediği düşünülmektedir (1) (9).

Kalp yetersizliği bazı özel durumlar dışında ömür boyu süregelen kronik bir durumdur. Kalp yetersizliği klinik seyrine göre ani başlaması durumunda akut veya uzun süreli yavaş ortaya çıkması durumunda kronik olarak iki farklı türü bulunmaktadır. Ayrıca kalp yetersizliği anatomik olarak sağ kalp yetersizliği ve sol kalp yetersizliği, patofizyolojik olarak da düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği ve korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği olarak da gruplandırılır (21). Kalp yetersizliğinde hasta, hastalıkla beraber yaşamayı öğrenemeyip öz yönetimini sağlayamadığında, tedaviye ve bakıma uyumunu sağlayamadığında yaşam kalitesinde düşme ve mortalitede artmalar görülmektedir (15) .

2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliği, dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Tüm dünyada 22 milyondan fazla insanı etkilediği ve her yıl 2 milyon yeni vakanın eklendiği bilinmektedir. Kalp hastalıklarının tedavisinin artması ve gelişmesi, beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması, kalp yetersizliği insidansının artış nedenleri arasında yer almakta ve bundan dolayı gelecekte daha fazla insanı etkileyeceği tahmin edilmektedir (7). Dünyada kalp yetersizliği prevalansı yetişkin nüfusun %2'sini etkiler. Nüfusa dayalı çalışmalar, bu oranın yaşlı nüfusta %7'ye çıktığını, erkeklerde kadınlardan daha yaygın olduğunu göstermektedir (8).

Genel olarak kalp yetersizliğinin küresel insidansı yılda 100.000 kişiye 100 – 900 arası değişmektedir. Küresel kardiyovasküler hastalık yükünün yaklaşık %80'i düşük gelirli ülkelerde görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde kalp yetersizliği prevalansı yetişkin nüfusun %1-2'si arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 500.000'den fazla yeni tanı vaka ile yaklaşık 5,7 milyon kişi kalp yetersizliğine

sahiptir ve 2030 yılına kadar kalp yetersizliği prevalansının %46 artışla 8 milyondan fazla kişide olacağı tahmin edilmektedir (22) (23) (24).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından 4650 erişkin hasta incelenerek yapılan, Türkiye’de rastlanan tek epidemiyolojik çalışma olan, Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey (HAPPY) çalışmasına göre ülkemizdeki erişkin kalp yetersizliği prevalansı %6,9 bulunmuştur. Yine aynı çalışma, ülkemizde 2 milyon üzerinde kalp yetersizliği hastası olduğunu göstermiştir. Ayrıca HAPPY çalışmasında korunmuş EF’li kalp yetersizliği hastalarında kadın cinsiyet ve obezite daha sık görülürken, düşük EF’li kalp yetersizliği prevalansının erkeklerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (9).

2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi

Kalp yetersizliği etiyolojisinin bilinmesi, prognozunu etkileyen önemli bir faktördür ve hastalığın tedavisi ve bakımında yol gösterici olmaktadır. Kalp yetersizliğinin etiyolojisi coğrafyaya göre değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde en sık neden olarak hipertansif kalp hastalığı ve koroner arter hastalığının kalp yetmezliğine neden olduğu ifade edilmektedir (25).

Ülkemizde de kalp yetersizliğinin en sık nedeninin iskemik kalp hastalığı olduğu belirtilmektedir. Türkiye’de yapılan güncel bir çalışmada, akut kalp yetersizliği ile başvuran hastaların %53,5’inde ve kronik kalp yetersizliği ile başvuran hastalarının ise %52,6’sında iskemik kalp hastalığı olduğu saptanmıştır (11). Kalp yetersizliğinin diğer nedenleri arasında ise aritmiler, non-iskemik kardiyomiyopatiler, obstrüktif veya regürjitan kapak hastalıkları, infeksiyöz ajanlar ve miyokardit, inflamatuvar hastalıklar, bağ doku hastalıkları, depo hastalıkları, amoloidoz ve sarkoidoz gibi infiltratif hastalıklar, tirotoksikoz ve diğer metabolik hastalıklar, antrasiklin gibi bazı kardiyotoksik kemoterapötik ajanların sayılabileceği ifade edilmektedir (26).

2.4. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi

Kalp kasının (miyokard) hastalığı meydana geldiğinde, kalbin kompensasyon mekanizmaları devreye girer ve kalp debisi normal sınırlarda tutulmaya çalışılır. Kalp fonksiyonlarının normal sınırlarda devam ettirilmesini sağlayan en önemli 3 mekanizma bulunmaktadır. Bunlar; Frank Starling mekanizması, nörohormonal sistem aktivasyonu ve miyokardiyal remodelling (yeniden modelleme) olarak ifade edilmektedir. Bu mekanizmaların sonucunda kalp kasında kalınlaşma ve kalp boşluklarında büyüme meydana gelir. İlerleyen dönemde bu mekanizmalar da yetersiz kalır ve kalp debisi düşmesiyle kalp yetersizliği semptomları meydana gelir (13).

a. Frank Starling Mekanizması

Kalbin kasılma yanıtının en önemli belirleyicisinin, miyokardın pre-sistolik lif uzunluğu olduğu belirtilmektedir. Miyokard ne kadar gerilirse, kalp o kadar güçlü kasılır. Atım hacminin düşmesi sonrasında diyastolik volüm yükselmektedir Bunun sonucunda sistol öncesi miyokard lif gerilimi ve lif uzunluğu da artmaktadır (27). Miyokarddaki pre-sistolik gerilme ne kadar yüksek olursa, ventriküler kasılma da o kadar fazla olmaktadır (28). Özellikle kalp yetersizliğinin erken döneminde bu mekanizma ile kalp, atım hacmini normal aralıklarda tutmaya çalışmaktadır (29).

b. Nörohormonal Mekanizmalar

Kalp debisinin azalması, arteriyel dolaşımın da azalmasına neden olur. Sol ventrikül, karotid sinüs, arkus aorta ve böbrek arteriollerinde yer alan mekanorepetörler bu basınç azalması ile uyarılır ve santral sinir sisteminden sempatik tonus artışına neden olur (30). Ayrıca bu durum, renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin (RAAS) aktivasyonuna, arginin ve vasopressin salınımına neden olur. Sempatik sistem uyarılması, kalp hızı ve kontraktilitesini artırır. Ayrıca sempatik sistem, arterler ve venlerde kontraksiyon yaparak preload (önyük) ve afterload'un (ardyük) artmasına neden olur ve bu değişiklikler sol ventrikül dolum basıncını arttırarak pulmoner ödem ve kalp yetersizliği semptomlarına neden olur (31).

RAAS aktivasyonu ile Anjiyotensin vazokonstriksiyon ve apoptozise, Aldosteron ise su ve tuz tutulumuna ve ödem gibi volüm artışına bağlı semptomlara neden olur. Arginin vazopressin, endotelin ve interlökin gibi sitokinlerin artışı da kalp yetersizliği patofizyolojisinde etkilidir (13).

c. Miyokardiyal Remodelling (Yeniden Modelleme)

Kompansasyon mekanizmaları etkisi ve hormonal aktivasyon ile miyositlerde hipertrofi meydana gelir. Erken dönemde kompansasyon sağlayan bu mekanizma, geç dönemde metabolik gereksinimi artırır ve miyokardiyal fibroz oluşumuna bağlı ventrikül fonksiyonlarında bozulmaya ve sistolik fonksiyonlarda azalmaya yol açar (13).

2.5. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

Yapısal ya da fonksiyonel sebepler nedeniyle oluşan kalp yetersizliğinin birçok semptomu vardır. Kalp, tüm organların kanlanmasını sağladığından, kalp yetersizliği sonucu tüm sistemler olumsuz etkilenir. Etkilenen organlara ve sistemlere göre çok çeşitli belirti ve bulgular meydana gelebilir. Bu nedenlerden dolayı klinik belirti ve

bulguların büyük bir kısmı kalp yetersizliğine özgü değildir, bu belirti ve bulguların kalp yetersizliğine bağlı olduklarını saptamak güçtür (32).

Kalp yetersizliğinde semptomlar, kalp debisinin yetersiz kalmasından kaynaklanır. Nefes darlığı, ödem ve yorgunluk en sık görülen semptomlardandır. Kalp yetmezliği olan çoğu hasta, eforla artan nefes darlığı, aktivite intoleransı, yorgunluk, halsizlik yaşayabilir. Ayrıca bu belirti ve bulgular nedeniyle stres yaşayabilir (14) (33). Hastalığın ilerlemesiyle görülen gece uykudan uyandıran nefes darlığı (paroksizmal noktürnal dispne), düz yatarken oluşan nefes darlığı (ortopne) kalp yetersizliğine özgü semptomlardır. Yine ilerleyen evrelerde renal perfüzyonun bozulmasına bağlı idrarda azalma (oligüri), serebral perfüzyonun bozulmasına bağlı özellikle ileri yaş hastalarda unutkanlık, anksiyete, sosyal izolasyon, uykusuzluk, deliryum gibi sorunlar meydana gelebilir (34).

Hastaların fizik muayenelerinde; juguler ven basıncında artma, 3. kalp sesinin duyulması (gallop ritmi), taşikardi, kalbin dilate olmasına bağlı kalp tepe atımının sola kayması, periferik ödem ve buna bağlı kilo alımı, ileri evrelerde kilo kaybı ve kaşeksi, akciğer muayenesinde yine ödeme bağlı rallerin duyulması ve solunum sayısının artması (takipne) görülebilir (25).

Tablo 1. Kalp Yetersizliğinin Semptom ve Bulguları (25)	
Tipik Semptomlar	Spesifik Bulgular
Nefes darlığı Ortopne Paroksizmal noktürnal dispne Aktivite intoleransı Halsizlik, yorgunluk Ayak bileğinde ödem	Juguler venöz basınçta artma Hepatojuguler reflü 3. kalp sesi (gallop ritmi) Apikal atımın laterale kayması
Daha az tipik semptomlar	Daha az spesifik bulgular
Noktürnal öksürük Wheezing Karında şişkinlik İştahsızlık Konfüzyon	Kilo artışı (>2kg/hafta) Kilo kaybı (ileri evre kalp yetersizliğinde) Kaşeksi Kardiyak üfürüm Periferik ödem

Çarpıntı Senkop Bendopne	Pulmoner krepitasyon Plevral efüzyon Taşikardi Düzensiz nabız Taşipne Cheyne-Stokes solunumu Hepatomegali Asit Soğuk ekstremiteler Oligüri
--------------------------------	---

2.6. Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması ve Tipleri

2.6.1. Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology (ESC))

Sınıflaması

Kalp yetersizliği, Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) en son olarak 2021 yılında yayınladığı kılavuzda ejeksiyon fraksiyon (EF – her kalp atımında kalbe gelen volümün ne kadarının dokulara gönderildiğinin yüzdelik olarak göstergesi) ölçümü baz alınarak sınıflandırılmıştır. $EF \leq 40$ olması düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (DEF-KY), ≥ 50 olması korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (KEF-KY), 40-50 arasında olması ise hafif azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (HAEF-KY) olarak tanımlanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Kalp Yetersizliğinin Ejeksiyon Fraksiyonuna Göre Sınıflandırılması ve Tanımları (25)

Kalp yetersizliği tipleri		DEF-KY	HAEF-KY	KEF-KY
Kriterler	1	Semptom ± Bulgular	Semptom ± Bulgular	Semptom ± Bulgular
	2	$EF \leq 40$	$EF = 40-50$	$EF \geq 50$
	3	-	-	Sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu/sol ventrikül doluş basıncında artış ve kalbin yapısal ve/veya

				fonksiyonel anormalliklerinin olması, Artmış BNP* düzeyi
* BNP: beyin natriüretik peptid (BNP) ve N-terminal proBNP (NT-proBNP)				

Eski terminolojiye göre sistolik ve diyastolik kalp yetersizliği, yeni kılavuzlarda yerini düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (DEF-KY) ve korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (KEF-KY) olarak adlandırılmıştır. Sol ventrikülün sistolik fonksiyonu ekokardiyografi veya MR görüntüleme ejeksiyon fraksiyonu olarak ölçülür. Ejeksiyon fraksiyonu 50 üzerinde olması normal, 40 altında olması düşük olarak değerlendirilir (35). Klasik olarak kalp yetersizliği kliniği ile başvuran hastalarda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun düşük saptanması DEF-KY olarak adlandırılır (25).

Hipertansiyon, diyabet, obezite, hipertrofik kardiyomiyopati, Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) gibi durumlar, ventriküllerde sistolik fonksiyonları bozmadan önce, relaksasyon bozukluğu yaparak diyastolik basıncın yükselmesine ve geriye doğru pulmoner basınçta artışa ve pulmoner konjesyona sebebiyet verir. (36) (37) (38). Kalbin sistolik fonksiyonları normal izlenmesine ve ölçülen ejeksiyon fraksiyonunun normal olmasına rağmen kalp yetersizliği semptomları meydana gelir ve KEF-KY olarak adlandırılır.

2.6.2. New York Heart Association (NYHA) Sınıflaması

Kalp yeterizliğinde fiziksel aktivitelere ve semptomların şiddetine göre fonksiyonel sınıflama NYHA (New York Heart Association) tarafından yapılan sınıflamadır (Tablo 3). NYHA sınıflaması, hastaların poliklinik takiplerinde, hastaneye yatış ve taburculuk kararlarında, medikal tedavi dozunun ayarlanması gibi günlük pratikte en sık kullanılan, kılavuzlarda da yerini almış olan temel sınıflamalardandır (39).

Tablo 3. NYHA Fonksiyonel Kapasite Sınıflaması (40)

Sınıf I	Fiziksel aktivitede kısıtlama yoktur. Günlük fiziksel aktiviteleri nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk ve çarpıntı gibi semptomlar olmadan yerine getirebilir.
Sınıf II	Fiziksel aktivitede hafif kısıtlama vardır, dinlenme esnasında semptom yoktur. Günlük işlerde nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk ve çarpıntı gibi semptomlar olabilir.

Sınıf III	Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlama vardır, dinlenme esnasında semptom yoktur. Daha hafif günlük işlerde bile nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk ve çarpıntı gibi semptomlar olur.
Sınıf IV	Dinlenme esnasında bile semptomları vardır. Fiziksel aktivite ile semptomlar artar.

2.6.3. American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Sınıflaması

Amerikan Kalp Cemiyeti, Avrupanın aksine, kalp yetmezliğini kalbin yapısal anormalliklerine göre sınıflandırmıştır (Tablo 4)

Tablo 4. ACC/AHA Kalp Yetersizliği Sınıflaması (41)

Evreleri	Tanımı
Evre A Kalp Yetersizliği Riski	Kalp yetersizliği için risk faktörleri vardır (hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, obezite, kardiyotoksik ajana maruziyet, aile öyküsü vb.). Yapısal ve fonksiyonel kalp hastalığı yoktur, biyomarkerlar normaldir, kalp yetersizliği semptom ve bulguları yoktur.
Evre B Kalp Yetersizliği Öncesi	Yapısal kalp hastalığı, kalp doluş basıncında artış veya brain natriüretik peptid seviyesinde artıştan en az birisi vardır. Kalp yetersizliği semptom ve bulguları yoktur.
Evre C Semptomatik Kalp Yetersizliği	Yapısal kalp hastalığı, kalp yetersizliği semptom ve bulguları vardır.
Evre D İleri Evre Kalp Yetersizliği	Kılavuz önerilerine göre uygulanan medikal tedaviye rağmen, günlük yaşam aktiviteleri engelleyen ve hastaneye yatışlara neden olan kalp yetersizliği semptomları vardır.

2.6.4. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Akut kalp yetersizliği: Ani başlangıçlı yeni gelişen kalp yetersizliği ya da kronik kalp yetersizliği olanlarda semptom ve bulguların ani olarak kötüleşmesi olarak ifade edilmektedir. 65 yaş üzeri hastalarda planlanmamış hastaneye yatışların en sık nedenlerindendir (42). Akut kalp yetersizliğinin klinik başvurusu genellikle, artan doluş basınçları ve hücre dışına sıvı birikimiyle, konjestif semptomlardır. Ancak küçük bir

kısmı çok daha ölümcül seyreden kardiyojenik şok tablosuyla hastaneye başvurabilir (43) (44).

Kronik kalp yetersizliği: Kalp yetersizliği tedavi ile tamamen düzelebileceği gibi kalıcı olabilir ve kronik kalp yetersizliği olarak adlandırılır. Kalp yetersizliği tedavisi gören bir hastada en az 1 ay süre ile semptom veya bulgulara kötüleşme izlenmemesi durumunda “stabil kalp yetersizliği” olarak tanımlanır (45). Kronik kalp yetersizliği olan hastalar uygun tedavi ve bakım ile uzun süre stabil olarak kalabilirler ancak zaman zaman araya giren enfeksiyon, ilaçlarını düzenli kullanmama veya diyetine dikkat etmeme gibi sebeplerden akut yetersizlik dönemlerinin ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (13).

2.6.5. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği, baskın olarak etkilenen kalp boşluğuna göre sol veya sağ kalp yetersizliği ile adlandırılabilir. Sağ kalp yetersizliği, yüksek venöz basınç ve sağ ventrikülden yetersiz kan atımı ile ortaya çıkan komplike bir sendromdur (46).

Sağ kalp yetersizliğinde, efor dispnesi ve egzersiz kapasitesinde azalmaya ek olarak, kalbe dönen kanın pompa fonksiyon bozukluğu sonucu kanın ileri atılamaması nedeniyle gerisinde (vücutta yaygın olarak) göllenmesi, juguler venöz basınçta artma, hepatik ödem, asit, periferik ödem gibi belirtilere neden olur (47). Sol kalp yetersizliği ise sol ventrikülün sistolik veya diyastolik disfonksiyonu sonucu halsizlik, efor kapasitesinde azalma gibi düşük debi semptomlarına ek olarak dispne, ortopne, öksürük gibi pulmoner konjesyona bağlı semptomlarla seyreder (14).

2.6.6. Yüksek Debili ve Düşük Debili Kalp Yetersizliği

Düşük debili kalp yetersizliği klasik olarak tanımlanmış olan, kalp yetersizliğinin pompa fonksiyonunun bozulmasına bağlı vücuda gönderilen kan miktarının azalması ve buna bağlı semptomların oluşmasıdır. Kronik anemi, arteriyovenöz fistül, hipertiroidi, sepsis, beriberi hastalığı gibi bazı durumlarda ise kalp debisinin yükselmesi, sistemik vasküler direncin ve kan basıncının azalması sonrası renal perfüzyon bozulması ve sempatik aktivasyona neden olur ve yüksek debi durumu kardiyak iş yükünü arttırarak zaman içerisinde klasik kalp yetersizliği kliniği ile sonuçlanır (48).

2.7. Kalp Yetersizliği Tanısı

Kalp yetersizliğinin tanısı; detaylı anemnez, fizik muayene bulguları, tanı testleriyle konulmaktadır (25). Kalp yetersizliği belirtilerinin birçoğu spesifik belirtiler olmadığından tanının netleştirilmesi güçleşebilmektedir. Hastalara tanının zamanında

konulabilmesi, doğru tedaviyi ve öz yönetimi beraberinde getireceğinden, hastalık seyrinin yavaşlaması, hastaneye yatışların ve tekrarlayan poliklinik başvurularının azalması gibi hedefleri beraberinde getirir. Daha iyi hasta çıktılarına ulaşmak daha düşük maliyetler ve daha yüksek yaşam kalitesini de beraberinde getirir (49). Bu nedenle tanı testlerinin bilinmesi hayati önem taşımaktadır.

Kalp yetersizliğinin erken teşhisi, hastalığın ilerlemesini durdurmak ve tedavi etmek için daha fazla seçeneğe sahip olunmasını, tedavinin daha etkin olmasını ve komplikasyonların daha az olmasını sağlar. Hemşirelerin, hastalığın belirti ve bulgularını tanıyarak erken tanı konmasında ve hastaların tedaviye uyumlarını değerlendirmede önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler bu sayede hastaların yaşam kalitesini ve tedavi başarısını arttırabilirler (50). Bu nedenle hemşirelerin kalp yetersizliği tanısına, tedavisine ve takibine ilişkin bilgi ve becerilerini güncellemeleri gerekmektedir.

Tanı Testleri

Laboratuvar Testleri: Kalp yetersizliği hastalarının hastalık seyrini anlayabilmek için gerekli kan tetkikleri vardır. Bu takip için sıklıkla hemogram, üre, kreatinin, glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), elektrolitler, kan şekeri, HbA1c, lipid profili, C-reaktif protein, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri ve demir parametrelerine bakılır. Biyokimyasal tetkik sonuçları, hemşirelere kalp yetersizliğini etkileyen anemi, böbrek yetmezliği, enfeksiyon hakkında bilgi sağlar (51). Kalp yetmezliği takibinde kreatin ve elektrolitler kısa aralıklarla izlenmelidir. Tedavi sürecinde hastanın %25'inde böbrek fonksiyonlarının kötüleştiği ifade edilmektedir (52).

Kalp yetersizliğinde natriüretik peptid seviyesi yükselir ve tanı konulmasında yardımcıdır. En sık kullanılan natriüretik peptid düzeyi olan beyin natriüretik peptid (BNP) ≤ 35 pg/mL ve N-terminal proBNP (NT-proBNP) ≤ 125 pg/mL düzeylerinin altında olması kalp yetersizliğini dışlamada yardımcıdır (25). Ayrıca BNP düzeyleri prognozda ve klinik takipte yol göstericidir. Ancak dikkat edilmesi gereken bir durum atriyal fibrilasyon ve diğer ritim bozuklukları, pulmoner emboli ve böbrek yetersizliği gibi durumlarda da natriüretik peptid seviyesinin yükselebileceğidir (53).

Elektrokardiyografi (EKG): Hastalarda ilk değerlendirmede mutlaka 12 derivasyonlu EKG çekilmelidir. EKG'de kalp yetersizliğinin etyolojisine ait ipuçları (koroner arter hastalığı, aritmiler, miyokardit-perikardit, kardiyomiyopatiler vb.) görülebilir. QRS kompleksinde genişleme, atrial fibrilasyon gibi anomaliler takipte önemlidir (51).

Egzersiz testi: Egzersiz sırasında nefes darlığı ve yorgunluk ile karakterize aktivite intoleransı kalp yetersizliğinin temel semptomudur. Ayrıca kompanse hastalarda hastalığın ciddiyeti, progresyonu ve tedaviye yanıtı değerlendirmede yardımcıdır (54).

Göğüs Grafisi: X-ray grafi de kalbin kapak ve doğumsal anomalileri, plevral effüzyon, pulmoner ödem değerlendirmesi yapılır (51). Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde ve dilate kardiyomiyopatide daha belirgin olarak kardiyotorasik çapta artış izlenir. Pulmoner venöz basıncının artması ile interstiyel ödem ile inter lobüler septalar kalınlaşmasına bağlı çizgilenmeler ve bölgesel sıvı birikimine bağlı yuvarlak, kenarları düzgün, tümör benzeri bir görüntü (Fantom tümörü) izlenir ancak tedavi ile hemen düzelir. Plevral sıvı toplanmasına bağlı kostofrenik alanda dolgunluk izlenir (55).

Ekokardiyografi(EKO): İnvaziv işlem gerektirmeyen ses dalgalarıyla kalbin yapısı ve işlevine bakılan bir tanı testidir. Kalp yetersizliğinin tanısını koymada ve etyolojisini belirlemede çok önemli bir yeri vardır (56). Sol ve sağ kalp fonksiyonlarının değerlendirilmesinde, sistolik ve diyastolik fonksiyonlarının ölçümünde, duvar hareket kusuru ve kalp kapaklarının objektif olarak değerlendirilmesinde kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir bir yöntemdir. Transtorasik ekokardiyografi görüntüleri obezite, KOAH gibi nedenlerle yetersiz olduğunda transözefagial ekokardiyografi ile görüntülenebilir (57).

Kardiyak Manyetik Rezonans (MR): Kardiyak MR, sol ve sağ ventrikül hacimlerinin ve ejeksiyon fraksiyonlarının non-invaziv olarak ölçümü için yüksek doku karakterizasyonu olması nedeniyle sıklıkla tercih edilen bir görüntüleme yöntemidir (58). Miyokardiyal fibrozis içeriğini kesin bir şekilde analiz etmede, skar dokusunu göstermede, kardiyomiyopatilerin tanısında ve sınıflandırılmasında, miyokardit tanısını koymada ve kalp yetersizliğinin altta yatan etyolojisini göstermede, prognozunu belirlemede ve risk sınıflamasında yol gösterici bir tetkiktir (59) (60).

2.8. Kalp Yetersizliğinin Farmakolojik Tedavisi

Kalp yetersizliği tedavisinin öncelikli amacı kalp yetersizliğinin gelişmesini ve ilerlemesini önlemek, kalp yetersizliği nedeniyle ölüm ve hastaneye yatışı azaltmak, semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (61). Kalp yetersizliğinin gelişmesini ve ilerlemesini önlemek için en önemli adım risk faktörlerini ortadan kaldırmaktır. Tansiyon, nabız ve kan şekerinin regülasyonu sağlanması, egzersiz eğitimi, kilo yönetimi, diyet gibi hayat tarzı değişiklikleri, tedavinin ilk basamağını

oluşturmaktadır (16). Hemşirelik bakımının anahtar kilit görevi gördüğü bu kısım, iyi düzenlenmiş bir farmakolojik tedavi planı ile desteklenmektedir.

Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde, tanı alan hastalarda mortalite azaltan ve bu nedenle kesinlikle tedaviye eklenmesi gereken ilaçlar, Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) 2021 yılında yayınladığı 'akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavi' kılavuzunda güncellenmiş olup en çarpıcı değişiklik tedavi önerileri sınıflamasında yapılmıştır. Mutlaka verilmesi gereken ilaç olarak belirlenen sınıf 1 önerilerine tedavi için bu kılavuzda "SGLT-2 inhibitörleri" eklenmiştir. Mortalite azaltan diğer ilaçlarda "ACE inhibitörleri", "beta-blokerler" ve "minerokortikoid reseptör antagonistleri" sınıf 1 ile yerlerini korurken, önceki klavuzda Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ) tedavisi sonrası düşünülen "Anjiyotensin Reseptör – Neprilisin İnhibitörü (ARNİ)" sınıf 1 ile ilk tercih edilecek ilaçlardan birisi olmuştur (25).

Optimal medikal tedaviye rağmen taşikardisi olan atrial fibrilasyon hastalarında hız kontrolü için "digoksin", sinüs ritmi olan hastalarda "ivabradin" tedavisinin başlanması gerektiği ifade edilmiştir (25). Volüm yükü fazla olan hastalarda volümü ve buna bağlı semptomları azaltmak amacıyla "diüretik" tedavisi verilmesi önerilmektedir, ancak diüretik tedavisinin mortalite azaltıcı etkisinin bulunmadığı ifade edilmiştir (3).

Anjiyotensin Reseptör – Neprilisin İnhibitörü (ARNİ): ARNİ, neprilisin inhibitörü olan "sakubitril" ile anjiyotensin-2 reseptör blokeri "valsartan" kombinasyonu ile oluşur ve ters-remodelling etki sağlar, ayrıca aldosteron salınımını inhibe eder, vasokonstriksiyonu ve su-tuz tutulumunu azaltır, diüretik ve natriüetik etkisi mevcuttur (62). 2014 yılında yapılan ve büyük yankı uyandıran PARADIGM-HF çalışması ile, kalp yetersizliğinin klasikleşen tedavisi olan ACE inhibitörüne üstünlüğü kanıtlanmış ve güncel klavuzlarda ilk tercih edilmesi gereken ilaçlar arasında yerini almıştır (63) (25).

ARNİ tedavisi güçlü bir antihipertansif olduğu için en sık yan etkisi tansiyon düşüklüğü gelişmesidir. Böbrek fonksiyonlarında bozulma ve potasyum yüksekliği, öksürük ve nadir olarak da anjiödem dediğimiz tüm vücutta ödeme neden olan ciddi bir alerjik yan etki yapılabilir (64). Öncelikle alerji gibi ciddi bir yan etki gelişmesi durumunda mutlaka 112 aranmalı ve en hızlı acil servise başvurulmalıdır. Hipotansiyon gelişmesi durumunda baş dönmesi, halsizlik, göz kararması, senkop veya presenkop gelişebilir. ARNİ kullanan hastalarda günlük tansiyon takibi önerilmekte, hipotansif veya semptomatik olması halinde hastanın doktoruna başvurması gerekmektedir.

Böbrek yetersizliği durumunda idrar yapımında artma veya daha sıklıkla azalma gelişebilir. Potasyum yüksekliği ciddi aritmilere neden olabilir ve hasta çarpıntı şeklinde hisseder. Bu gibi yan etkiler geliştiğinde mutlaka doktora bilgi verilmeli, yan etki gelişmese bile belirli aralıklarla poliklinik kontrollerine gidilmeli ve böbrek fonksiyonları, elektrolitler kontrol edilmelidir.

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri / Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ACEİ/ARB): Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), kardiyovasküler hastalıklar (kalp yetmezliği, akut koroner sendrom, hipertansiyon) ve böbrek hastalıkları tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardandır (65). ACEİ'lar sistolik duvar stresini azaltarak miyositlerin yeniden şekillenmesini önler kalp yetersizliği tedavisinde iyileştirici etki sağlar. Bu durumda kalp hızında artış yaşanmadan kardiyak debinin artmasına neden olur. ACEİ'ler renal kan akışını artırarak antidiüretik hormon üretimini azaltarak tuz atılımını desteklemede önemli rol sahibidir (66).

ACEİ tedavisine yan etki gelişen ve tolere edemeyen hastalarda, anjiyotensinin reseptörlerini bloke ederek etki gösteren Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB) tercih edilir. Bradikinin yüksekliği yapmadığı için bradikinin birikimine bağlı olan kuru öksürük gibi yan etkiler izlenmez (67). Bu nedenle sık görülen semptom olan kuru öksürüğü olan hastalarda tercih edilir.

ACEİ ve ARB grubu ilaçlar renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke ettikleri için, ARNI ile benzer yan etkilere sahiptirler ve aynı öneriler geçerlidir. Hastaların günlük tansiyon ve nabız takibi yapması ve belirli aralıklarla poliklinik kontrollerine gitmesi gerekmektedir.

Beta Bloker: Beta- blokerler kardiyovasküler hastalıklarda sıklıkla kullanılır. Beta resöptörleri üç farklı şekilde bulunur. Beta-1 (B1) resöptörleri kardiyak aktiviteye aracılık eder. Beta-2 (B2) resöptörleri birçok organ sisteminde ve metabolik aktivitenin çeşitli yönlerinde kullanılır. Beta-3 (B3) resöptörleri ise yağ hücrelerinin parçalanmasında etkilidir. Kronik kalp yetersizliğinde beta-blokerler bu reseptörler üzerinden, katekolaminlerin toksisitesini azaltır, nabız kontrolü sağlayarak miyokardın oksijen tüketimini azaltır, ventriküler doluş için daha fazla zaman sağlar ve kardiyak fonksiyonlarda düzelme sağlar (68).

Beta blokörler kalp yetmezliği kardiyak aritmi, aort diseksiyonu korner arter hastalıklarında hipertansiyon gibi yaygın hastalıkları tedavi etmede kullanılır (69). Kalp yetmezliği hastalarına, hasta, kompanse durumdaysa ve herhangi bir kontrendikasyon

bulunmuyorsa, mortaliteyi ve hastaneye yatışları azalttığı için mutlaka beta blokör tedavisi almalıdır (70) (71).

Hastaların, bu ilacı kullanırken bilmesi gereken ve hemşiresi tarafından öğretilmesi gereken en önemli noktalardan biri beta blokerlerin, kalp hızını azaltarak etki göstermeleridir. Bu nedenle bu ilaç, kalp bloğuna neden olabilir Basit bir yöntem olan nabız saymayı, hastanın kendisinin öğrenmesi ve evde takibini yapması gerekmektedir. Ayrıca ciltte kuruluk, baş dönmesi, depresyon, lipid ve glukoz metabolizmasında bozulma ve erektil disfonksiyona da neden olabileceği bilgisi yine hastaya öğretilmelidir (72).

Mineralokortikoid/Aldosteron Reseptör Antagonistleri (MRA): Renin-Anjiyotensin-Aldosteron sisteminin (RAAS) son elemanı olan Aldosteron, renal tübüllerde sodyum, klor ve beraberinde su emilimini artırır ve potasyum atılımı sağlar, özellikle kalp yetersizliğinde vazokonstriksiyon, inflamasyon ve fibrozise katkı sağlar (73). Aldosteron reseptör antagonistleri, Aldosteronun reseptörlere bağlanmasını inhibe ederek su ve tuz atılımı sağlar ve remodellingi engeller. Diüretik etkisinin yanında, kalp yetersizliği hastalarında mortalite ve morbiditeyi anlamlı derecede azalttığı ifade edilmiş ve kesinlikle tedaviye eklenmesi gereken ilaçlar arasında yerini almıştır (74) (25).

Diüretikler: Böbreklerden su ve tuz atılımı yaparak konjesyonu azaltırlar. Bu etkileri nedeniyle özellikle akciğer ödemi veya periferik ödem gibi konjesyonu olan hastalarda kullanılır ve semptomatik düzelme sağlarlar. Akut dekompanse kalp yetersizliğinde hızlı etkileri nedeniyle intravenöz olarak kullanılır (75) (76). Diüretik kullanan hastalarda böbrek fonksiyonları ve elektrolitler belirli aralıklarla kontrol edilmelidir (77).

Bu ilacın hemşirelik yönetiminde ise idrar söktürücülerin tansiyon düşürücü etkilerinin olduğunun ve tansiyon takibi yapılmasının gerekliliği öğretilmelidir. Ayrıca elektrolit bozukluğu, böbrek yetersizliği yapabilir (78). Vücutta fazla sıvı kaybı olduğunda idrar söktürücünün dozu azaltılması gerekmektedir. Hastaların kuru ağırlıklarını bilmesi tedavide ve öz yönetimde önemli yer tutmaktadır. Evde yapılan günlük kilo takibi ile hızlı kilo alımı fark edilirse diüretik dozu artırılabilir, fazla kilo kaybı olursa diüretik dozu azaltılabilir (79).

İvabradin: Kalp yetersizliği hastalarında yüksek nabız, kardiyovasküler mortalite ve morbidite için önemli bir risk faktörüdür (80). Bu nedenle optimal beta-bloker tedaviye rağmen kalp hızı dakikada 75/dk atım üzerinde olan ve sinüs ritminde

olan hastalarda hastaneye yatışları azaltmak için tedaviye sinoatrial noda etkili olan ivabradin tedavisi eklenmesi gerekebilir. (3) (25).

Digoksin: Digoksinin kalp üzerinde pozitif inotropik (kalp kasılma gücünü arttırıcı) ve negatif kronotropik (kalp hızını azaltıcı) etkisi mevcuttur. Bu nedenle kalp yetersizliği tedavisi almasına rağmen özellikle New York Kalp Cemiyetinin sınıflamasına göre (NYHA) sınıf 3 ve 4 semptomatik olan hastalarda ikinci basamak tedavide digoksin kullanılır (81) (82). Ayrıca optimal beta-bloker tedavi altında kalp hızı yüksek olan atriyal fibrilasyon olan hastalarda kalp hızını kontrol altına almak için digoksin tedavisi düşünülebilir (25). Digoksin vücutta kas dokusunda biriktiği için özellikle yaşlı bireylerde intoksikasyonu daha fazla görülür ve daha yakın takip gerektirir. Ayrıca bazı ilaçlarla ve potasyum düşüklüğü gibi elektrolit bozuklukları ile etkisi artabilir. Bu nedenle digoksin kullanan hastalarda düzgün diyet ve öz bakımın önemi artmaktadır. Serum digoksin konsantrasyonu 0,5 – 0,9 ng/mL olması etkin tedavi edici aralıktır ve bu değerlerin üzerinde olması toksik doz olarak değerlendirilmektedir (83) (84). Kalp yetersizliği hastalarında etkin dozlarda hastaneye yatışı azalttığı izlenmiş, mortalite üzerine etkisini ise bazı çalışmalarda arttırdığı izlenirken bazı çalışmalarda nötr etkili izlenmiştir (85).

Pozitif İnotropikler (Dopamin, Dobutamin, Norepinefrin, Milrinon, Levosimendan): En yaygın kullanımları akut dekompanse kalp yetersizliği ve düşük debi bulguları olan yoğun bakımda takip edilen hastalardır (86). Uzun süreli kalp yetersizliği tedavisinde hiçbir inotropik tedavi onaylanmamıştır yalnızca kalp nakli bekleyen seçilmiş hastalarda köprü tedavi olarak veya nakil ve mekanik destek cihazı gibi ileri tedavi adayı olamayan hastalarda palyatif tedavi olarak, hasta ve ailesinin de onamıyla düşünülebilir (87) (88).

En sık görülen yan etkisi bulantı, kusma gibi gastrointestinal sistem üzerinedir. Kas dokusunda biriktiği için özellikle yaşlı ve zayıf hastalarda toksisitesi daha sık görülmektedir. Kalp bloğu veya kalpte ekstra atımlara sebep olarak çarpıntı, halsizlik, senkop veya presenkop yapabilir. Görmede bulanıklık ve sarı görme gibi yan etki görülebilir (89).

Nitratlar: Nitrat türevi ilaçlar arteryel ve venöz dilatasyona yol açarak preload ve afterload azalması sağlarlar ve bu etkileri nedeniyle hipertansif akciğer ödemi ve akut dekompanse kalp yetersizliği hastalarında intravenöz yolla kullanılırlar (90). Ayrıca Hidralazin ve nitrat kombinasyonu, günlük pratikte pek kullanılsa da, 1986

yılında Vasodilator Heart Failure çalışması ile kalp yetersizliğinde mortalitede azalma sağladığı kanıtlanan ilk tedaviydi (91).

2.9. Kalp Yetersizliğinin Non-farmakolojik Tedavisi

Optimal ilaç tedavisine rağmen semptomatik olan ve sol dal bloğuna bağlı geniş QRS ($>150\text{msn}$) olan hastalarda asenkroniyi önlemek için “kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT)”, özellikle iskemik etyoloji olan hastalarda aritmilere bağlı ani ölümü önlemek için “intrakardiyak defibrilasyon (ICD)” tedavisi düşünülmesi gerektiği ifade edilmiştir (92).

Koroner arter hastalığı tedavisi (perkütan koroner girişim veya koroner arter bypass greft), kapak hastalıklarının tedavisi (AVR, MVR, TAVİ vb.) ve son dönem hastalarda kalp nakli planlanabileceği belirtilmiştir (13).

2.10. Kalp Yetersizliği Hastalarında Öz Yönetim

Öz yönetim, kendi kendini yönetme yeteneğidir. Bireyin kendi hayatında kararlar vermesini, kendi eylemlerinin sonucu sorumluluk alması ve kendi hedeflerini belirlemesi gerekir. Bireylerin öz yönetim becerileri, duygusal, sosyal ve işlevsel iyilik hali için son derece önemlidir (93). Öz yönetim, insanların yaşamlarındaki çeşitli alanlarda uygulanabilir. Kişinin kendi yaşamında kontrol sahibi olması, kaygıyı azaltması ve kendine güven duyması açısından önemlidir (94).

Öz yönetim, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları ile başa çıkma yollarını ve hastalık semptomlarını takip ederek yaşam biçimi değişiklikleriyle, bunları en aza indirmeyi sağlayan bir süreçtir. Kronik Kalp yetersizliği hastalarında da öz yönetim, semptomların izlenmesi, ilaçların düzenli kullanımı, yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlıkla ilgili kararların alınması gibi konuları içermektedir (95).

Kalp yetersizliği hastalarında öz yönetim, öncelikle hastalığı tanımak ve semptomların nedenlerini anlamakla başlar. Semptomların tanınması ve semptomların yönetilmesi konusunda eğitim verilmelidir. Günlük kilo takibi, hastaların hızlı kilo artışı durumunda (3 günde 2 kilogramdan fazla kilo alımı) vücuttaki ödemin artışına bağlı olabileceği ve doktoruna erken başvuru yapılması gerektiği, günlük sıvı tüketiminin 1,5 – 2 litre ile sınırlandırılması gerektiği ve günlük tuz alımının 4 gram ile kısıtlanması gerektiği konusunda hastalar bilgilendirilmelidir. İdrar söktürücü dozlarının vücuttaki ödeme göre ayarlanabileceği, kalp yetersizliği ilaçların yan etkilerini tanıyabilmeyi, hipertansiyon ve diyabet gibi birlikte bulunan kronik hastalıkların takibi konusunda da hastalara bilinçlendirilmelidir. Sigara – alkol gibi alışkanlıklardan uzak durulması, diyet ve egzersiz yapılması gerektiği eğitimi her hastaya mutlaka verilmelidir (96) (97).

Hastaların sosyokültürel seviyesi, eğitim seviyesi, bilişsel düzeyi, ekonomik seviyesi, depresyon veya anksiyete gibi psikolojik durumları öz yönetim gücünü etkilemektedir. Özellikle ileri yaş hastalarda komorbid durumlar, semptomları tanımada güçlük gibi nedenlerle öz bakım seviyelerinde düşüklük izlenmektedir. Hemşireler hastaların bu durumlarını da göz önünde bulundurmalı ve gerekli eğitimi buna göre vermelidirler (98). Kalp yetersizliği hastalarına öz yönetim hastalığın tedavisi ve takibi için kritiktir. Öz yönetim, hastaların yaşam kalitelerini arttırırken, tedavinin etkinliğini ve uyumunu arttırarak hastalıkla başa çıkmalarını kolaylaştırır (99).

2.11. Kalp Yetersizliği Hemşirelik Bakımı

Kalp yetersizliği, hastaların yaşam kalitesini ve öz yönetim davranışlarını etkiler (33). Hastalığın oluşumunda birçok farklı etiyolojik faktörlerin bulunması nedeniyle hastalığın yönetimi karmaşık bir süreçtir. Kalp yetersizliği hastalığının yönetilmesinde multidisipliner ekibin bir parçası olan hemşire, kilit bir noktada görev yapmaktadır ve hemşirelik yaklaşımı hastalık sürecinde büyük önem taşır (100).

Kalp yetersizliğinde halsizlik, yorgunluk, ödem, nefes almada zorluk, aktivite intoleransı gibi günlük hayatı etkileyen semptomlar nedeniyle hasta fiziksel ve psikolojik olarak rahatsızlık duymaktadır. Bu semptomların artışı prognozun kötüleşmesi ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek hastalıkla baş etmesini zorlaştırmaktadır (101) (102). Hemşirelerin kalp yetmezliği yönetiminde hedefleri; hastanın yaşam kalitesini ve sağ kalım oranlarını arttırmak, hastaneye yatışlarını azaltmaktır. Bu nedenle verilecek etkin bakım ve semptom yönetimi ve takiplerini içeren taburculuk eğitimi ile hastayı sosyal yaşamına hazırlamalıdır (103).

Aktivite intoleransı, etkisiz periferel doku perfüzyonu, kardiyak outputta azalma, halsizlik, anksiyete, öz bakım eksikliği, bilgi eksikliği, etkisiz baş etme; kalp yetersizliğinde sıklıkla ele alınan hemşirelik tanılarıdır. Kalp yetersizliği hastalarında semptomatik ve bütüncül hemşirelik bakımı anlayışı ele alınır (104). Hastada görülen semptomlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanması hastanın öz yönetim davranışını geliştirerek semptom şiddetini azaltmaktadır. Öz yönetim davranışlarını geliştiren hastaların yaşam kalitesi artmaktadır (105).

Hasta taburculuğunda hemşirelerin hastaya vereceği eğitim; hastanın hastalığı hakkında, semptomları fark etmeye ve yönetmeye yönelik bilgiler, ilaçları hakkında bilgi ve ilaç kullanımının önemi, diyet kısıtlamaları, sigara ve alkol kullanımı, kilo kontrolü gibi bilgiler içermelidir (106). Eğitim sonucunda hastalar etkin öz yönetim

sağlayarak hastalığın ilerlemesinde yavaşlama sağlayabilirler, semptomların yönetimini sağlar ve hastaneye yatışları azaltır, yaşam kalitesini arttırlar (107).

2.12. Kalp Yetersizliği Hastasının Kronik Hastalık Öz Yönetimi Eğitimi

Kalp yetersizliği hastaları hayatları boyunca bu hastalıkla mücadele etmektedirler. Bu hastalıkla mücadele etmek belirli bir yaşam tarzı, öz yönetiminin takibini gerektirir (17). Kalp yetersizliği hastanın sosyal hayatını etkilemekte ve hasta günlük hayatında zorluklarla karşılaşmaktadır. Kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalığın yönetimi için öz yönetim eğitimi önemlidir (108) Hastalar, kalp yetersizliği hakkında yetersiz bilgiye sahip olup semptomlarını ve bu semptomları yönetmeyi, diyet ve egzersiz önerileri gibi günlük yaşamında kalp yetersizliği ile nasıl yaşam süreceğini bilmemesi sonucu tekrarlı komplikasyonlar yaşamaktadır. Bunları en aza indirmek için hemşirelik bakımı ve hastalara verilebilecek hastalık öz yönetimi eğitimi, önem taşımaktadır (109) (110).

Hemşirenin en önemli rolleri arasında bulunan eğitici rolü, bireylere sağlıklı yaşam beceresi, alışkanlığı ve davranışı kazandırmayı amaçlamaktadır. Bu eğitimler hastalara hastalığı ile mücadele etmeyi, hastalık semptomlarını yönetmeyi ve bireyi sosyal yaşamına kazandırarak kendi öz bakım ve yönetimini sağlamayı hedeflemektedir (111).

Hastaların kalp yetersizliği ile yaşam becerilerini arttırmak amacıyla verilecek olan eğitiminin içeriğinde, hastalığın nedenleri, tetikleyicileri, kalp semptomları ve bunlarla baş etmeyi, içerir (112). Kalp yetersizliği hastalık öz yönetimi eğitimi, hastaların sağlık durumlarını izlemeleri ve yönetmeleri için gerekli olan bilgi ve kapsamlı öğrenmelerine ve sağlık durumlarını daha iyi anlamalarına ve takip etmelerine yardımcı olmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Kalp yetersizliği hastaları günlük hayatında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Hastaların kalp yetersizliği hakkında daha fazla bilgiye sahip olması, semptomlarını tanımayı ve yönetmeyi öğrenmesi ve oluşabilecek komplikasyonları en aza indirmek için hemşirelik bakımında hastalara verilebilecek hastalık öz yönetimi eğitimi önemlidir. Hastaların kalp yetersizliği ile yaşam becerilerini arttırmak amacıyla verilecek olan eğitiminin içeriğinde, hastalığın nedenleri, tetikleyicileri, kalp semptomları ve bunlarla baş etmeyi, eklemek gerekmektedir. Ayrıca hastanın bu hastalığın günlük yaşamını nasıl değiştireceğini ve hastalığını nasıl kontrol edeceğini de öğrenmesi elzemdir. Bu nedenle bu çalışmada, kalp yetersizliği öz yönetimi ile hastaların kalp yetersizliği ile yaşama becerilerinin geliştirilmesini amaçlayan eğitimin etkinliğinin ortaya konması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmaya, 1 Ocak 2023 tarihinde başlayarak, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde kalp yetersizliği tanısı ile yatan hastalar alınmıştır. Üniversite hastanesi kardiyoloji servisinde ortalama haftalık 5 kalp yetersizliği hastası yatmaktadır, günlük 1 hastaya detaylı eğitim verilmesi planlanmış ve bundan dolayı araştırma 3 ay sürmüştür ve 1 Nisan 2023 tarihinde bitmiştir.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma yarı deneysel araştırma planıyla tasarlanmıştır. Tek gruplu ön test son test prospektif izlem yapılmıştır. Örneklem grubuna ön test olarak sosyodemografik soru formu ile Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi ve Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği uygulanmıştır. Bu uygulamalardan sonra poliklinik koşullarında sağlık bakımı davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitim uygulanmıştır. 20 dakika sürecek olan eğitimden sonra hasta evine gönderilmiştir. Hasta 1 ay sonra poliklinik kontrolüne geldiğinde son test (yüz yüze) Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi ve Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği uygulanmıştır.

3.4. Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın örneklem hesaplaması GPOWER programı kullanılarak yapılmıştır. Programa referans olarak Wang ve ark. (2016) ve Rich ve ark.(1995) yapmış oldukları çalışmalarda raporladıkları etki föktörü olan 0.58 alınmıştır. Çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastalara verilen öz yönetim eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisi bakılmış ve tam deneysel tasarımla yapılmıştır. Bu çalışmada da GPOWER programında tek gruplu çalışmalarda ortalamalar arasındaki farkı ortaya koyan t testi kullanılmış, alfa 0.05, %95 güçle 0.58 etki faktörüyle toplam örneklem sayısı 45 bulunmuştur. Çalışmanın gerçek gücü ise 0.95 olarak belirlenmiştir. Çalışmadan %20 kadarlık bir kayıp yaşanacağı ön görülerek 60 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışmanın örneklem hesap protokolü ek olarak verilmiştir (EK 4). Planlandığı gibi 60 hastayla çalışma yapılmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az bir yıldır kalp yetersizliği tanısı almış olmak
- 18 yaş üzeri olmak.
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.
- Eğitim seviyesi en az okur yazar düzeyde olmak.

3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Yeni tanı almış hastalar (<1 sene)
- Okur yazar olmamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Kararını etkileyecek herhangi bir mental hastalık tanısı olması (Demans, Alzheimer..)

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Kalp yetersizliği ile yaşama becerisi kronik hastalık öz yönetimi.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Kalp yetersizliğinde sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirme eğitimi, sosyo-demografik sosyoekonomik ve bireysel değişkenler.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (EK 5)

Bu veri toplama aracı kronik kalp yetmezliği hastalarının demografik bilgilerin sorulduğu 12 sorudan oluşan, literatür ışığında hazırlanmış bir formdur (113) (114). İlk altı soru sosyodemografik bilgi içeren sorulardır. Altı soru ise hastanın sağlık durumunu sorgulayan sorular içermektedir.

3.7.2. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (EK 6)

Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşam Anketi Thomas S. Rector ve arkadaşları tarafından 1987 yılında, kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (115). Ölçek 2009 yılında Aşık Özdemir tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 21 madden ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyon boyutu; 2,3,4,5,6,7,12 ve 13. madde, emosyonel fonksiyon boyutu: 17,18,19,20 ve 21. Maddeleridir.

0'hayır' 5 çok fazla' olacak biçimde 5'li likert şeklinde yazılmıştır. Ölçek toplam puanı 0-150 arasındadır. Düşük puan yaşam kalitesinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Cronbach's Alpha güvenilirlik kat sayısı 0,85'dir (115). Bu çalışma için güvenilirlik kat sayısı eğitim öncesi 0,95, eğitim sonrası 0,954 bulunmuştur.

3.7.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Formu (EK 8)

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Ngai ve arkadaşları tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Ölçek kronik hastalıklarda öz yönetimi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 23 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır (116). Kendini Damgalama, Damgalamayla Baş Etme, Sağlık Bakım Etkinliği, Tedavi Uyumu alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekte maddeleri 5'li likert tipinde hazırlanmış olup 1-5 arası derecelendirilmektedir. 2021 yılında Yeşildal ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Cronbach's Alpha güvenilirlik kat sayısı 0,91'dir. Bu çalışma için ise eğitim öncesi 0,65 ve eğitim sonrası 0,58 bulunmuştur.

3.7.4. Eğitimin İçeriği

Kronik kalp yetersizliği eğitimi hastaların öz yönetiminde ve yaşam kalitesinin artmasında önemli rol oynamaktadır. Eğitimin amaçları semptomların farkına varabilmek ve yönetebilmek, periferik ödemi azaltmak, egzersiz toleransını arttırmak, tıbbi tedaviye uyumu arttırmak kronik kalp yetmezliğine bağlı komplikasyonları

önlemektir (117). Bu amaçlara ulaşabilmek için kapsamlı bir hasta eğitimi sağlanmalıdır. Hastaların eğitim gereksinimleri ile ilgili yapılan araştırma sonuçları, klinik gözlemler sonucu bir eğitim oluşturuldu. Oluşturulan eğitim; Kalp Yetersizliği Nedir ve Kimlerde görülür, Belirti ve Bulguları, Kronik Kalp Yetersizliği Tedavisi, Kalp Yetersizliğinde Beslenme ve Hayat Tarzı Değişiklikleri Acil Durumlar başlıklarından oluşmaktadır.

Kronik kalp yetersizliği hastalarına verilmesi planlanan eğitim, literatür taranarak hazırlanmış (25) (118) (119) ve Doç. Dr. Cihan Aydın, Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen Olgay ve Dr. Öğr. Üyesi İnci Kırtıl uzman görüşleri alınarak revize edilmiştir. Hazırlanan eğitim broşür haline getirilerek, çalışmaya katılan hastalara eğitim esnasında verilmiştir.

3.7.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analiz işlemleri Statistical Package for Social Siences (SPSS) 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki değişken arasındaki farkı analiz etmek için normal dağılım gösteren değişkenler için t-testi yapılmıştır. İki değişken arasında normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi yapılmıştır. İki'den fazla değişken olması durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında normal dağılım gösterdiği durumda ANOVA testi ve farklılığa neden olan grupların tespitinde Tukey Pocht Hoc testleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ikiden fazla gruplar için Kruskal Wallis H-Testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı izin alınmıştır (Başvuru numarası: 2022.226.12.04 Tarih: 27.12.2022) (EK 1).

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izini alınmıştır (EK 2).

Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi'nin araştırmada kullanımı için Vacide Aşık zdemir'den e-posta yolu ile ölçek kullanım izni alınmıştır (EK 7).

Kronik Hastalık z Yönetim leği'nin araştırmada kullanımı için Müjdat Yeşildal'dan e-posta yolu ile ölçek kullanım izni alınmıştır (EK 9).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya tek bir kurumda yatan kronik kalp yetersizliği hastaları dahil edilmiştir. Kurumda tek bir kardiyoloji servisi olması; kontrol grubu ile girişim grubu birbirini etkileyebileceği nedeniyle tek gruplu yarı deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar Tekirdağ'da bulunan bir niversite hastanesinde kronik kalp yetmezliği tanısıyla yatan hastalar ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan kronik kalp yetersizliği olan hastaların doğum yılı aralıklarını, cinsiyetlerini, medeni durumlarını, eğitim seviyelerini, çalışma durumlarını, sigara ve alkol kullanımlarını gösteren bulgular Tablo 5’de verilmiştir. Buna göre hastaların %25’i (n=15) 1938-1948 yılları arasında doğmuş; %31.7’si (n=19) 1949-1959 yılları arasında doğmuş; %30’u (n=18) 1960-1970 arasında yılları doğmuş ve %13.3’ü (n=8) 1970-2000 yılları arasında doğmuştur. Hastaların %50’si (n=30) kadın, %50’si (n=30) erkeklerden oluşmaktadır ve %75’i (n=45) evli, %25’i (n=15) bekaardır. Katılımcıların %48.3’ü (n=29) ilköğretim mezunu; %21.7’si (n=13) lise mezunu; %30’u (n=18) üniversite ve üstü mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %23.3’ü (n=14) ev hanımı olmakla birlikte çoğunluğu oluşturmuştur ve 60 katılımcı toplamda 26 farklı meslekte toplanmıştır. Katılımcıların %43.3’ü (n=26) çalışmaya devam etmektedir; %46.7’si (n=28) emekli olmuş ve %10’u (n=6) hastalığından dolayı çalışmayı bırakmak zorunda kalmıştır. Katılımcıların %45’i (n=27) alkol kullanmakta; %55.5’i (n=33) alkol kullanmamakta ve katılımcıların içlerinde alkolü bırakmış kişinin olmadığı görülmüş, %36.7’si (n=22) sigara kullanmakta; %53.3’ü (n=32) sigara kullanmamakta ve %10’u (n=6) daha önce içtiği sigarayı bırakmış olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5. Katılımcılara ait Sosyodemografik Veri Tablosu		
Cinsiyet	n	Yüzde (%)
Kadın	30	50,0
Erkek	30	50,0
Medeni Durum		
Evli	45	75,0
Bekâr	15	25,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	29	48,3
Lise	13	21,7
Üniversite ve üstü	18	30,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	26	43,3
Emekli	28	46,7
Hastalığından Dolayı Bıraktı	6	10,0
Alkol kullanma		
Kullanıyor	27	45,0
Kullanmıyor	33	55,0
Bırakmış	0	0
Sigara kullanma		
Kullanıyor	22	36,7

Kullanmıyor	32	53,3
Bırakmış	6	10,0
Yaş Aralığı		
75-85	15	25,0
64-74	19	31,7
53-63	18	30,0
23-52	8	13,3
Yaş Ortalaması	60	64,70
Toplam	60	100,0

Kronik kalp yetersizliği olan katılımcıların ek hastalıkları, kalp yetersizliği süreleri, son 1 yıl içerisinde kalp yetersizliği nedeniyle acil servise başvuru ve hastaneye yatış sayıları Tablo 6'da verilmiştir. Katılımcıların %32.2'si (n=28) diyabet; %43.7 (n=38)'i hipertansiyon; %4.6 (n=4)'sı astım; %8 (n=7)'i KOAH ve %11.5'i (n=10) diğer hastalıklara sahip olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %20'sinde (n=12) 3 yıldan daha kısa zamandır kalp yetersizliği vardı, %38.3'ünde (n=23) 4-7 yıldır ve %41.7'sinde de (n=25) 8 yıl ve daha fazla zamandır kalp yetersizliği vardı. Katılımcıların %50'si (n=30) son 1 yılda en fazla 4 kere; %35'i (n=21) 5-10 kere ve %15'i (n=9) 10 ve üzeri sayıda hastane aciline başvurduğunu belirtmiştir. Bu hastaların %51.7'sinin (n=31) son 1 yılda kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye 4 veya daha az sayıda yatması gerekmiş; %40'ının (n=24) yılda 5-10 kere ve %8.3'ünün (n=5) 10'dan fazla sayıda hastaneye yattığı görülmüştür.

Tablo 6. Katılımcıların Kalp Hastalığı Öyküsüne Ait Tanımlayıcı Veriler		
Hastalık süresi	n	Yüzde (%)
1-3 yıl	12	20,0
4-7 yıl	23	38,3
8-11 yıl	25	41,7
Hastaneye Yatış*		
0-4 kere	31	51,7
5-10 kere	24	40,0
11 ve üzeri	5	8,3
Acil Başvurusu**		
0-4 kere	30	50,0
5-10 kere	21	35,0
11 ve üzeri	9	15,0
Ek Kronik Hastalık Öyküsü		
Diyabet	28	32,2
Hipertansiyon	38	43,7
Astım	4	4,6
KOAH	7	8,0
Diğer	10	11,5

*Son bir yılda kronik kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma
**Son Bir Yılda kronik kalp yetmezliği nedeniyle acile başvuru yapma durumu

4.2. Hipotez Testlerine ait Bulgular ve Yorum

Araştırmamıza ait birinci hipotezi aşağıda verilmiştir.

H₀1: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilecek eğitimin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmamaktadır.

H₁1: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilecek eğitimin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmaktadır.

Kurulan hipotez doğrultusunda hastaların kalp yetersizliğine bağlı yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşama Anketi (MLHFQ) kullanılmıştır. Aşağıdaki bulgulara ulaşılmış ve hipotez test edilmiştir.

Buna göre;

Tablo 7. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşama Anketi Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Ön test ve Son Test Kıyaslaması ****					
n = 60	$\bar{X}$	Std	t	p	Cohen's d
MKYA* Toplam Puanı Ön Test	64,20	19,42	13,10	,00**	1,69
MKYA* Toplam Puanı Son Test	44,01	17,65			
Fiziksel Alt boyut Ön Test	25,66	8,19	12,46	,00***	1,61
Fiziksel Alt boyut Son Test	17,33	7,31			
MÖ Emosyonel	15,10	5,13	9,59	,00***	1,24
MS Emosyonel	9,85	4,87			
*MLHFQ Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşama Anketi, ** p<0.01, *** p<0.05, Bağımsız Gruplar t testi					

Tablo 7 incelendiğinde araştırmaya katılanların MLHFQ ön test puanlarının son testte anlamlı bir şekilde azaldığı ortaya çıkmıştır ($t_{(59)} = 13,103$; $p < ,05$; $d = 1,69$). Ortaya çıkan sonuç geniş etki büyüklüğündedir. Buradan hareketle uygulanan eğitimin hastaların yaşam kalitesi üzerinde yüksek düzeyde etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuç doğrultusunda H₀ Hipotezi reddedilerek H₁ hipotezi kabul edilir.

Yukarıdaki tabloda (Tablo 7) görüldüğü gibi ön test ve son test arasında fiziksel alt boyut ve emosyonel alt boyut puanları açısından anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($t_{(59)} = 12,468$; $p < ,05$; Cohen's $d = 1,61$ ve $t_{(59)} = 9,598$; $p < ,05$; Cohen's $d = 1,24$). Ortaya çıkan bu farklılıklar geniş etki büyüklüğüne sahiptir ve fiziksel alt boyut ile emosyonel alt boyut puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı, uygulanan programın yüksek düzeyde etkili olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza ait ikinci hipotez aşağıda verilmiştir.

H₀₂: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilecek eğitimin hastaların kronik hastalık öz yönetimi üzerine etkisi bulunmamaktadır.

H₁₂: Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilecek eğitimin hastaların kronik hastalık öz yönetimi üzerine etkisi bulunmaktadır.

Kurulan hipotez doğrultusunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmış ve hipotez test edilmiştir.

Buna göre;

Tablo 8. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Toplam ve Alt boyutlarının Ön test ve Son Test Kıyaslaması**					
Ölçeğin Toplam ve Alt Boyut	$\bar{X}$	Std.	t	p	Cohen's d
Ön -Son Test Sonuçları					
Toplam puan ortalaması ön test	2,20	0,40	-7,89	,00*	-0.893
Toplam puan ortalaması son test	3,13	0,42			
Damgalama Ön test	1,86	,65	-9,70	,00*	-1.253
Damgalama Son test	2,79	,76			
Baş Etme Ön test	2,62	,80	-5,04	,00*	-0.651
Baş Etme Son test	3,32	,71			
Sağlık Bakımı Ön test	2,62	,82	-7,2	,00*	-0.934
Sağlık Bakımı Son test	3,60	,87			
Tedavi Uyum Ön test	2,01	,76	-8,14	,00*	-1.051
Tedavi Uyum Son test	3,05	,93			
*p<0.05, **Bağımsız gruplar t testi					

Yukarıdaki tablo incelendiğinde (Tablo 8) damgalama boyutunda katılımcıların görüşleri arasında son test lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($t_{(59)} = 9,709$, $p<,05$, $d_{1,253}$) ve uygulanan eğitimin katılımcıların kendini damgalama alt boyutu puanlarının artmasına büyük etkiye sahip olduğu söylenebilir. Sağlık bakımı alt boyutunda son test lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($t_{(59)} = -7,236$, $p<,05$; $d=-0.934$). Ortaya çıkan bu farklılık da büyük etki düzeyine sahiptir. Baş etme alt boyutunda son test lehine anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($t_{(59)} = -5,040$; $p<,05$; $d=-0.651$). Bu farklılık orta büyüklükte bir etkiye sahiptir. Tedavi uyum boyutunda son test sonuçları lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($t_{(59)} = 8,143$; $p<,05$; $d=1.051$). Bu durum uygulanan programın katılımcıların puanlarını olumlu yönde büyük etki düzeyinde etkili olduğu söylenebilir.

Uygulanan programın ölçeğin alt boyutlarında etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuçlardan hareketle H_0 hipotezi reddedilerek H_1 hipotezi kabul edilir.

Araştırmamıza ait üçüncü hipotezi-aşağıda verilmiştir.

H_{03} : Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastaların Sosyodemografik verileri ve hastalık öyküsü ile kronik hastalık özyönetimi ve kalp yetersizliği ile yaşam becerisi arasında fark bulunmamaktadır.

H_{13} : Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastaların Sosyodemografik verileri ve hastalık öyküsü ile kronik hastalık özyönetimi ve kalp yetersizliği ile yaşam becerisi arasında fark bulunmaktadır.

Kurulan hipotez doğrultusunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmış ve hipotez test edilmiştir. Buna göre;

Tablo 9. Sosyodemografik Veriler ile Hastalık Özyönetimi Son Test*** Toplam Puanı-1					
Yaş	n	Sıra Ortalaması	X²	df	p
20-35	4	40,14	16,64**	4	,002*
36-50	3	36,64			
51-65	20	25,28			
66-80	22	12,67			
80 +	11	9,75			
Kalp Yetersizliği Süresi					
1-3 yıl	12	36,88	6,75**	2	,034*
4-7 yıl	23	28,11			
8-11 yıl	25	21,79			
Acil Başvuru Sıklığı					
0-4	30	44,28	10,11***	2	,006*
5-10	21	33,55			
11 ve Üzeri	9	24,23			
Toplam	60				
*p<0,05, ** Kruskall Wallis H Testi, ***degree of freedom					

Yukarıdaki tabloda (Tablo 9) görüldüğü gibi yaşa bağlı olarak katılımcıların görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($X^2_{(3)} = 16,648$; $p < ,05$). Bu anlamlı farklılık nispeten güçlü bir etkiye sahiptir. Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Pairwise comparisons test sonucuna göre 20-35 yaş aralığı ile 80 yaş üstü arasında 20-35 yaş aralığı lehine ve 36-50 yaş ile 80 yaş üstü arasında 36-50 yaş aralığı lehine olduğu izlenmiştir.

Tablo 9'teki bulgulara göre; katılımcıların kalp yetersizliği sürelerine bağlı olarak görüşleri arasında orta derecede etkiye sahip anlamlı farklılık izlenmiştir ($X^2_{(2)} = 6,759$; $p < ,05$). Bu farklılığın hangi alt gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan teste göre 1-3 yıl hastalık süresi ile 8-11 yıl arasında; 1-3 yıl lehine anlamlı

farklılık ortaya çıkmıştır ($p<,05$). Katılımcılar arasında son bir yılda acile başvurma sayısına göre nispeten güçlü bir etkiye sahip anlamlı bir farklılık görülmüştür ($X^2_{(4)}=10,11$; $p<,05$). Yapılan teste göre 4 veya daha az başvuru yapanlar ile 11 ve üzeri başvuru yapanlar arasında, 4 ve daha az başvuru yapanlar lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($p<,05$).

Tablo 10. Sosyodemografik Veriler ile Hastalık Özyönetimi Son Test Toplam Puanı-2						
Cinsiyet	n	$\bar{X}$	Std	t**	df	p
Erkek	30	1,9739	,73851	-1,167	58	,248
Kadın	30	2,2266	,93354			
Medeni Durum						
Evli	45	2,1344	,88310	,609	58	,545
Bekâr	15	1,9810	,71424			

* $p<0,05$, **Bağımsız Gruplar t testi

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi cinsiyet ve medeni durumlarına göre katılımcı görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır (Tablo 6; $p>,05$).

Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumlarına göre MLHFQ Son Test Toplam Puanı**					
	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar Arası	5,826	2	2,913	4,626	,014*
Grup İçi	35,895	57	,630		
Toplam	41,721	59			

* $p<0,05$, **ANOVA testi

Tablo 11'deki bulgulara göre; eğitim durumuna bağlı olarak katılımcıların MLHFQ'den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($F(2-57)=4,626$; $p<,05$). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu öğrenmek için yapılan tukey test sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 12. Eğitim Durumları ile MLHFQ Son Test Post Hoc							
Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	Ortalama Fark	SE	df	t	p_{tukey}	Cohen's d
İlköğretim	Lise	0.108	0.265	57.0	0.409	0.912	0.136
	Üniversite	0.707	0.238	57.0	2.971	0.012*	0.891
Lise	Üniversite	0.599	0.289	57.0	2.074	0.104	0.755

* $p<0,05$

Eğitim durumu değişkeni açısından hangi gruplar arasında anlamlı farklar olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-p testine göre yapılan analizde ilköğretim

mezunu grubunda olan katılımcılar üniversite mezunu grubunda olan katılımcılara göre %95 güven aralığında anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Tablo 13. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumu ile MLHFQ Son Test Toplam Puanı**							
Alkol Kullanma	N	$\bar{X}$	Std.	t	sd	p	Cohen's d
Kullanıyor	26	1,719	,778	-3,292	56	,002*	,840
Kullanmıyor	32	2,404	,799				

*p<0.05, **Bağımsız gruplar t testi

Tablo 13'e göre katılımcıların görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Bu farklılık alkol kullanmayanlar lehinedir ($t_{(56)} = -3,292$; $p < ,05$; $d = ,840$). Orta çıkan bu farklılık büyük etki büyüklüğündedir.

Tablo 14. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumu ile MLHFQ Son Test Toplam Puanı**						
Sigara Kullanma	n	Sıra Ortalaması	Toplam	Z	U	p
Kullanıyor	22	27,23	599,00	-,106	346,00	,916*
Kullanmıyor	32	27,69	886,00			

*p<0.05, ** Mann Whitney U Testi

Tablo 14'a göre katılımcıların sigara kullanımına bağlı olarak görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Tablo 15. Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Durumu ile MLHFQ Son Test Toplam Puanı**					
Hastaneye Yatış	N	Sıra Ortalaması	χ^2	sd	p
0-4	31	27,15	2,913	4,626	,070
5-10	24	31,54	,630		
11 ve Üzeri	5	46,30			
Toplam	60				

*p<0.05, **Kruskall Wallis Testi

Tablo 15'e göre son 1 yılda hastaneye yatış sayılarına göre, katılımcıların görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

4.3. Sosyodemografik Verileri ile Kronik Hastalık Özyönetimi Becerileri

Bulgular

Tablo 16. Yaş Değişkeni ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri**						
Alt Boyut	Yaş	n	Sıra Ortalaması	χ^2	sd	p
Damgalama	20-35	4	41,68	5,792	4	,215
	36-50	3	28,00			
	51-65	20	29,38			
	66-80	22	26,95			
	80 +	11	26,75			
	Total	60				
Baş Etme	20-35	4	41,38	3,521	4	,475
	36-50	3	38,00			

	51-65	20	30,10			
	66-80	22	30,91			
	80 +	11	24,41			
	Total	60				
Sağlıklı Bakım	20-35	4	53,50	12,880	4	,012*
	36-50	3	30,33			
	51-65	20	35,25			
	66-80	22	26,80			
	80 +	11	20,95			
	Total	60				
Tedavi Uyum	20-35	4	33,18	6,529	4	,163
	36-50	3	41,50			
	51-65	20	28,08			
	66-80	22	33,09			
	80 +	11	12,75			
	Total	60				

*p<0.05, ** Kruskal Wallis H Testi

Tablo 16'deki bulgulara göre, yaşa bağlı olarak katılımcılar arasında ölçeğin sağlıklı bakım alt boyutunda anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($X^2(4) = 12,880$; $p < ,05$). Ortaya çıkan farklılık orta büyüklükte bir etkiye sahiptir. Ortaya çıkan bu farklılığın hangi yaş grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan test sonucuna göre 20-35 yaş grubu ile 80 + yaş grubu arasında 20-35 yaş lehine ve 20-35 yaş ile 66-80 yaş grubu arasında 20-35 yaş lehine anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır (Tablo 16; $p < ,05$).

4.3.1. Cinsiyet Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine Ait Bulgular ve Yorum

Tablo 17. Cinsiyet Değişkeni ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri**								
	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	Std.	t**	df	p*	Cohen's d
Damgalama	Erkek	30	1,728	,534	-1,723	59	,090	
	Kadın	30	2,014	,743				
Baş etme	Erkek	30	3,451	,597	1,483	59	,144	
	Kadın	30	3,179	,814				
Sağlıklı Bakım	Erkek	30	3,846	,650	2,250	59	,031*	,581
	Kadın	30	3,353	1,018				
Tedavi Uyum	Erkek	30	2,032	,831	,162	59	,872	
	Kadın	30	2,000	,701				

*p<0.05, ** Bağımsız gruplar t testi

Tablo 17'deki bulgulara görüldüğü gibi Damgalama, Bahsetme ve Tedavi uyum boyutlarında cinsiyet değişkenine bağlı olarak katılımcıların görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Sağlıklı bakım alt boyutunda katılımcıların görüşleri arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($t_{(59)} = 2,250$; $p < ,05$; $d = ,581$). Bu fark erkekler lehinedir. Ortaya çıkan bu farklılık orta derecede bir etki büyüklüğüne sahiptir.

4.3.2. Medeni Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum

Tablo 18. Medeni Durum ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **								
Boyutlar	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	Std	t	sd	p	Cohen's d
Damgalama	Evli	45	1,946	,698	1,650	58	,104	
	Bekâr	15	1,628	,437				
Baş Etme	Evli	45	3,346	,715	,495	58	,622	
	Bekâr	15	3,240	,745				
Sağlıklı Bakım	Evli	45	3,500	,963	-1,682	58	,019*	-,584
	Bekâr	15	3,933	,416				
Tedavi Uyum	Evli	45	2,080	,844	1,113	58	,270	
	Bekâr	15	1,826	,413				

* $p < 0,05$, ** Bağımsız gruplar t testi

Yukarıdaki tabloda (Tablo18) görüldüğü gibi medeni durum değişkenine bağlı olarak ölçeğin damgalama, baş etme ve tedavi uyum alt boyutlarında katılımcıların görüşleri arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır. Sağlıklı Bakım alt boyutunda ise Bekar katılımcılar lehine anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($t_{(58)} = -1,682$; $p < ,05$; $d = -,584$). Ortaya çıkan bu sonuç orta düzeyde etki büyüklüğüne sahiptir.

4.3.3. Eğitim Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum

Tablo 19. Eğitim Durumu ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **						
	Eğitim Durumu	n	Sıra Ortalaması	X^2	df	p
Damgalama	İlköğretim	29	29,50	,122	2	,941
	Lise	13	30,15			
	Üniversite ve üstü	18	31,28			
	Toplam	60				
Baş Etme	İlköğretim	29	25,41	7,830	2	,020*
	Lise	13	28,92			
	Üniversite ve üstü	18	39,83			
	Toplam	60				
Sağlıklı Bakım	İlköğretim	29	22,66	11,514	2	,003*

Tedavi Uyum	Lise	13	38,38	,516	2	,773
	Üniversite ve üstü	18	37,44			
	Toplam	60				
	İlköğretim	29	28,36			
Tedavi Uyum	Lise	13	30,00	,516	2	,773
	Üniversite ve üstü	18	32,05			
	Toplam	60				
	İlköğretim	29	28,36			

*p<0.05, **Kruskall Wallis Testi

Yukarıdaki tabloda (Tablo 19) görüldüğü gibi eğitim durumu değişkenine bağlı olarak katılımcıların görüşleri ölçeğin damgalama ve tedavi uyum alt boyutlarında anlamlı bir şekilde farklılaşmamıştır. Baş etme boyutunda anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($X^2_{(2)} = 7,830$; $p<,05$). Ortaya çıkan anlamlı farklılık orta düzeyde etki büyüklüğüne sahiptir. Ortaya çıkan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan test sonucuna göre ilköğretim mezunu katılımcılar ile üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar arasında üniversite ve üstü katılımcılar lehine anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır (Tablo19; $p<,05$). Yine ölçeğin sağlıklı bakım alt boyutunda da katılımcıların görüşleri arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($X^2_{(2)} = 11,514$; $p<,05$). Bu sonuç nispeten güçlü bir etkiye sahiptir. Ortaya çıkan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan test sonucu aşağıda verilmiştir. Diğer yandan tabloda görüldüğü gibi ilköğretim mezunu katılımcılar ile üniversite ve üstü katılımcılar arasında üniversite ve üstü lehine, ilköğretim ve lise arasında lise lehine anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($p<,05$).

4.3.4. Alkol Kullanma Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum

Tablo 20. Alkol Kullanma Durumu ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **								
Boyut	Alkol kullanma	N	$\bar{X}$	Std	t	sd	p	Cohen's d
Baş etme	Kullanıyor	27	3,466	,612	1,174	57	,245	
	Kullanmıyor	32	3,262	,706				
Sağlıklı Bakım	Kullanıyor	27	3,935	,688	2,773	57	,007*	,714
	Kullanmıyor	32	3,328	,944				
Tedavi Uyum	Kullanıyor	27	2,059	,816	,351	57	,725	
	Kullanmıyor	32	1,987	,741				
Damgalama	Kullanıyor	27	1,730	,533	-1,503	57	,138	
	Kullanmıyor	32	1,986	,738				

*p<0.05, **Bağımsız gruplar t testi

Yukarıdaki tabloda (Tablo 20) görüldüğü gibi ölçeğin baş etme, tedavi uyum ve damgalama alt boyutlarında katılımcı görüşleri arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır. Sağlıklı bakım boyutunda ise Alkol kullananlar lehine anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ($t_{(57)} = 2,773$ $p < ,05$; $d = ,714$). Bu sonuç orta etki büyüklüğüne sahiptir.

4.3.5. Sigara Kullanma Durum Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum

Tablo 21. Sigara kullanma Durumu ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri**							
Boyut	Sigara kullanma	N	$\bar{X}$	Std.	t	sd	p
Baş Etme	Kullanıyor	22	3,218	,664	-,697	52	,489
	Kullanmıyor	32	3,356	,747			
Sağlıklı Bakım	Kullanıyor	22	3,636	,726	,110	52	,913
	Kullanmıyor	32	3,609	,977			
Tedavi Uyum	Kullanıyor	22	1,875	,694	1,355	52	,181
	Kullanmıyor	32	2,163	,867			
Damgalama	Kullanıyor	22	1,896	,614	,278	52	,782
	Kullanmıyor	32	1,843	,720			

* $p < 0,05$, **Bağımsız gruplar t testi

Yukarıdaki tabloya göre katılımcıların sigara kullanma durumuna bağlı olarak ölçeğin alt boyutlarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır (Tablo 21).

4.3.6. Hastalık Süresi Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum

Tablo 22. Kronik Kalp Hastalığı Süresi ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri***						
	Kronik Kalp Hastalığı	N	Sıra Ortalaması	χ^2	df	p
Damgalama	1-3 yıl	12	34,68	2,516	2	,284
	4-7 yıl	23	27,09			
	8-11 yıl	25	28,33			
	Toplam	60				
Baş Etme	1-3 yıl	12	27,50	,457	2	,796
	4-7 yıl	23	31,02			
	8-11 yıl	25	31,46			
	Toplam	60				
Sağlıklı Bakım	1-3 yıl	12	37,71	6,424	2	,060
	4-7 yıl	23	33,80			
	8-11 yıl	25	24,00			

	Toplam	60				
Tedavi Uyum	1-3 yıl	12	33,94	3,173	2	,205
	4-7 yıl	23	30,63			
	8-11 yıl	25	23,08			
	Toplam	60				
*p<0.05, **Kruskall Wallis Testi						

Tabloda görüldüğü gibi sağlıklı alt boyutlar arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır ($X^2_{(2)} = 6,424$; $p > ,05$; Tablo 22).

4.3.7. Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Oranı ile Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum

Tablo 23. Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **

	Son bir yılda kalp hastalığından kaç kez	N	Sıra Ortalaması	X ²	df	p
Damgalama	0-4	31	30,68	,007	2	,997
	5-10	24	30,33			
	11 ve Üzeri	5	30,20			
	Toplam	60				
Başetme	0-4	31	29,92	,768	2	,681
	5-10	24	29,90			
	11 ve Üzeri	5	37,00			
	Toplam	60				
Sağlıklı Bakım	0-4	31	33,68	2,808	2	,246
	5-10	24	28,29			
	11 ve Üzeri	5	21,40			
	Toplam	60				
Tedavi Uyum	0-4	31	30,60	,358	2	,836
	5-10	24	32,08			
	11 ve Üzeri	5	29,26			
	Toplam	60				
*p<0.05, **Kruskall Wallis Testi						

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi öğretmen görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır (Tablo 23).

4.3.8. Son Bir Yılda Acile Gitme Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri Arasında İstatistiklerine ait Bulgular ve Yorum

Tablo 24. Servise Başvuru Değişkeni Açısından Kronik Hastalık Özyönetim Becerileri **

	Acil Başvurusu	N	Sıra Ortalaması	X ²	sd	p
--	----------------	---	-----------------	----------------	----	---

Damgalama	0-4	30	42,22	4,812	2	,090
	5-10	21	28,60			
	11 ve Üzeri	9	28,32			
	Total	60				
Baş Etme	0-4	30	30,20	,203	2	,904
	5-10	21	31,69			
	11 ve Üzeri	9	28,72			
	Total	60				
Sağlıklı Bakım	0-4	30	33,20	5,657	2	,059
	5-10	21	32,05			
	11 ve Üzeri	9	17,89			
	Total	60				
Tedavi Uyum	0-4	30	34,89	,702	2	,704
	5-10	21	30,19			
	11 ve Üzeri	9	29,40			
	Total	60				
*p<0.05, **Kruskall Wallis Testi						

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi katılımcıların son 1 yılda acil servise başvuru sayıları ile görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır (Tablo 24)

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bu kısmında kalp yetersizliği öz yönetimi ile hastaların kalp yetersizliği ile yaşama becerilerinin geliştirilmesini amaçlayan eğitimin etkinliğine dair literatür sentezi sunulmuştur. Birinci kısımda sosyodemografik özelliklerin, ikinci kısımda ise eğitimin etkinliği için yapılan hipotez testlerinin tartışması görülmektedir.

5.1. Sosyodemografik Verilerin Tartışması

Kalp yetersizliği, dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Tüm dünyada yaklaşık 22 milyondan fazla insanı etkilediği ve her yıl 2 milyon yeni vakanın eklendiği bilinmektedir (7). Yüksek prevalansın yanında, yetersiz öz yönetim nedeni ile sık hastane yatışlar ile düşük yaşam kalitesini beraberinde getiren ciddi bir sağlık sorunudur. Kalp yetersizliğinin yönetiminde hedefler; semptom yönetimi, hastaneye yatışların azaltılması, hastanın hastalığa uyum sağlaması ve hastanın öz yönetimini ele alabilmesidir. ESC 2021 kılavuzuna göre kalp yetersizliği olan hastalarda etkili bir öz yönetim için kalp yetersizliği ile yaşama eğitiminin büyük rol oynadığı vurgulanmıştır (25).

Kalp yetersizliği insidans ve prevalans çalışmaları sıklıkla güncellenmektedir. 2022 yılında Güney Kore’de yapılan bir araştırmaya göre kalp yetersizliği hastalarının %47,9’unun erkek olduğu saptanmıştır (120). ESC 2021 kılavuzunda Avrupa Kalp Yetersizliği Uzun Vadeli Kayıt Sistemi’nde hastaların %50’sinden fazlasının kadın olduğu belirlenmiştir (25). Türk hastalarda yapılan çalışmalarda; Bayrak ve arkadaşlarının çalışmalarında katılımcıların %55,30’unun erkek olduğunu raporlanmıştır (121). Çalışmamızda ise erkek kadın oranının eşit olduğu saptanmıştır. Literatüre benzer şekilde cinsiyet dağılımının homojen olarak izlendiği söylenebilir.

Çalışma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının genel Kalp yetersizliği hastanın sosyal hayatını etkilemekte ve hasta günlük hayatında zorluklarla karşılaşmaktadır. Kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalığın yönetimi için öz yönetim eğitimi önemlidir (108) Hastalar, kalp yetersizliği hakkında yetersiz bilgiye sahip olup semptomlarını ve bu semptomları yönetmeyi, diyet ve egzersiz önerileri gibi günlük yaşamında kalp yetersizliği ile nasıl yaşam süreceğini bilmemesi sonucu tekrarlı komplikasyonlar yaşamaktadır. Bunları en aza indirmek için hemşirelik bakımı ve hastalara verilebilecek hastalık öz yönetimi eğitimi, önem taşımaktadır. Yaş ortalamasının 64,70 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki yaş aralıklarına bakılacak

olursa katılımcıların %36,67'sinin 66-80 yaş aralığında en yüksek orana sahip olduğu belirlenmiştir. Onları %33,33 ile 51-65 yaş aralığı izlemektedir. Çalışma kapsamına alınan hastalarda kalp yetersizliği hastalığının en çok orta yaş grubunda izlendiği görülmektedir. 80 yaş üzeri oran %18,33 ile daha az ve 50 yaş altı hastalar %11,67 oranında izlenmiştir. Ülkemizde kalp yetersizliği hastalarının profilini belirlemek için 1054 katılımcıyla yapılan çok merkezli bir çalışmada yaş ortalaması $63,3 \pm 13,3$ olarak verilmiştir (11). Dikici'nin konjestif kalp yetersizliği hastaları ile yaptığı tez çalışmasında 60-80 yaş aralığı %65,7 ile çalışmamızla benzer şekilde orta yaş en yüksek grubu oluşturmaktadır. 80 yaş üstü %13,7 ile yine çalışmamıza benzer şekilde küçük bir grupta izlenmiştir (122). Bayrak ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir başka çalışmada 36-53 yaş aralığı %53,3 ile hastaların büyük çoğunluğunu oluşturmakta, 54-71 yaş aralığı %30 oran ile ikinci sırayı almaktadır. 72 yaş üzeri ise %9 ile yine çalışmamıza benzer şekilde daha az izlenmektedir (114). Akyüz'ün 2022 yılında 209 kalp yetersizliği hastası ile yaptığı bir tez çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun 70 yaş üstü bireylerden oluştuğu ve yaş ortalaması 73 olduğu görülmüştür (123). Norveç'te kalp yetersizliği insidansını ve prevalansını belirlemek için yapılan yaklaşık 54 bin kişiyle yapılan bir çalışmada, ortalama yaş 72 olarak görülmüştür (124). Bu bulgular, çalışmamıza göre diğer bazı çalışmalarda ortalama yaşın daha yüksek olduğunu ve özellikle yabancı kaynaklı prevalans çalışmalarında kalp yetersizliğinin daha ileri yaşlarda görülme sıklığının arttığını göstermektedir (124) (125). Bu durum çalışmamız sırasında eğitim verilmesi ve anket doldurulması gerekmesi yüzünden yaşlı popülasyonun genel olarak uyum sağlayamaması veya onam vermemesi nedeniyle kaynaklanmaktadır. Genellikle daha genç yaş hastaların hastalıkları hakkında bilgi ve eğitim almak istemeleri ve uyum göstererek onam vermeleri ile açıklanabilmektedir.

Hastaların %75'inin evli ve %25'inin bekar veya boşanmış olduğu görülmüştür. Bilgin'in tez çalışmasında da çalışmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının %70,4 oranında evli olduğu, Yalınkılıç ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı başka bir çalışmada da bireylerin %69,5'inin evli olduğu belirtilmiştir (126). Yine benzer şekilde Keleş'in 2022 yılında Özkan'la yaptığı tez çalışmasında büyük çoğunluğunun (%79,2) evli olduğu, %20,8'inin bekar veya boşanmış olduğu görülmüştür (127). Bu verilere göre çalışmamızın literatür ile benzerlik gösterdiği, benzer popülasyonun çalışmaya dahil edildiği tespit edilmiştir.

Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansını belirlemek için 4650 hastada yapılan çalışmada, üniversite ve üniversite üstü eğitim durumu %4,7 olarak düşük bir oranda

izlenmiştir. Hastaların %57,2'si ilkokul mezunu ve %8,2'si lise mezunudur (9). Yine ülkemizde 150 kronik kalp yetersizliği hastası ile yapılan çalışmada, çalışmaya katılan kalp yetersizliği hastaların %62,7 oranında ilkokul mezunu, %10 oranında lise mezunu ve %6 oranında üniversite mezunu olduğu, %21,3'ünün ise okuryazar olmadığı görülmüştür (121). Bu çalışmada da hastaların %48,3'ü literatüre benzer şekilde çoğunlukla ilkokul mezunudur. Ancak çalışmamızda %30 oran ile üniversite ve üstü eğitim durumu literatürdeki çalışmaların aksine yüksek oranda izlenmiştir ve onu %21,7 oranı ile lise mezunu izlemiştir. Bu durumun nedeni olarak çalışmaya okuma yazma bilmemeyi dışlama kriteri olarak alınması söylenebilir. Bu nedenle, eğitim seviyesinin daha yüksek oranda çıktığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kalp yetersizliği hastalarının meslek sahibi olmayan %23,3'lük bir kesim en yüksek grubu oluşturmakta, %20'si aktif olarak çalışmaya devam etmekte, %46,7'si emekli olmuş ve %10'luk küçük bir kesim hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmak zorunda kalmışlardır. Keleş'in yakın zamanda yaptığı tez çalışmasında hastaların %73,3 oranında aktif olarak çalışmadığı, %26,7 oranında çalıştığı izlenmiştir (127). Benzer şekilde Boğan ve arkadaşları tarafından ülkemizde 2020 yılında yaptığı çalışmaya katılan 100 kalp yetersizliği hastasının %89 oranında çalışmadığı, %11 oranında aktif olarak çalıştığı görülmüştür (128). Çalışmamızda aktif olarak çalışma durumları literatür ile benzerlik göstermekte ve kalp yetersizliği hastalarının büyük bir kesimin çalışmadığı veya mesleği bırakmak zorunda kaldığı görülmüştür. Hastaların yaş ortalamalarının yüksek olması ve eforlarını kısıtlayan semptomlarının olması bu durumun öncüsü olarak görülmüştür. Kalp yetersizliği gelişmesini engellemek veya kalp yetersizliği hastalarında semptomların önüne geçmek ile ülke işgücüne katılma oranını arttıracak ve maliyeti azaltacak düşünülebilir.

Kalp yetersizliği belirtilerini tetikleyen en önemli etkenlerden birisi de sigardır. Çalışmamıza katılan hastaların %36,7'si hala sigara kullanmakta ve %63,3'ü hiç sigara kullanmamış veya bırakmıştır. Sigara ile benzer şekilde alkol kullanma durumu da hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir durumdur. Çalışmaya katılan bu hastaların %55'i alkol kullanmamaktadır, %45'i alkol kullandığını belirtmişlerdir. Kasar ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan, ülkemizde kalp yetersizliği hastalarının ilaca uyumlarını araştıran 114 katılımcılı bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, sigara içme oranının %21,9 ve sigara içmeme oranının %78,1 ile daha fazla olduğu izlenmiştir (129). Yine ülkemizde yapılan 210 katılımcılı bir başka çalışmada %8,6'sının sigara içtiği, %91,4 gibi yüksek bir oranın

icmediği izlenmiştir (114). İngiltere’de kalp yetersizliği tanısı konulan hastalarda yapılan çalışmada erkeklerde sigara içme oranı %31,7 ve kadınlarda bu oran 26,2 olarak bulunmuştur (130). Bilbao ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise sigara içmeyenlerin oranı %58,17 olarak bulunmuştur (131). Çalışmamızda sigara içme oranlarının literatürdeki diğer çalışmalar ile benzer olduğu görülmüştür. Keleş’in tez çalışmasında alkol kullanma oranı %17,5 ile çalışmamıza göre daha düşük izlenmiştir (127). Kasar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %93 oranında alkol tüketmediği görülmüştür (129). Bu veriler çalışmamız ile çelişmektedir ve çalışmamızdaki alkol tüketim oranı daha yüksek izlenmektedir. Bu durumun nedeni olarak ise, çalışmayı yaptığımız bölgenin, Sağlık bakanlığının yayınladığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre, en fazla alkol tüketilen bölgede yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir (132)

Kalp yetersizliği kronik bir hastalık olup uzun süre bu hastalıkla yaşamayı öğrenmek gerekmektedir. Çalışmamıza katılan hastalarının %41,7’si 8 yıl ve üzeri zamandır kalp yetersizliği ile takiplidir. %20’si 1-3, %38,3’ü 4-7 yıldır kalp yetersizliği hastasıdır. Hastaların %43,7’sinde hipertansiyon en sık eşlik eden kronik hastalıktır. Daha sonra sırasıyla %32,2’sinde diyabet, %8’inde KOAH mevcuttur. Tekin ve arkadaşlarının 2018 yılında kalp yetersizliği hastalarıyla yaptığı çalışmada %41’inin 6 yıl ve üzeri, %11’inin 4-6 yıl, %28’inin ise 4 yıl ve altında kalp yetersizliği tanısıyla izlendiği görülmüştür (133). Akyüz’ün tez çalışmasında da kalp yetersizliği tanısı alma süresinin 2 yıl üzerinde olan grup %62,8 ile en yüksek grubu oluşturmakta, 1-2 yıl aralığı ise sadece %19,2’lik dilimi içermektedir. Ayrıca çalışmamızla benzer şekilde en sık eşlik eden kronik hastalık %78,5 ile hipertansiyondur (123). Kılınç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise 5 yıl altında tanı almış olan hastalar %60,2 ile en yüksek grubu oluşturmakta, 12 yıl ve üzeri tanı almış hastalar %18,2 oranıyla da en düşük grubu oluşturmaktadır (134). Keleş’in çalışmasında da hastalara %77,2 ile en çok hipertansiyon eşlik etmekte ve çalışmamız ile benzer görülmektedir (127). HAPPY çalışması verilerine göre de en sık eşlik eden kronik hastalık %47,1 ile hipertansiyondur (9). Bu verilere göre çalışmamız hasta profili literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların son 1 yılda acil servise başvuru sayılarına baktığımızda en yüksek oranın %50 ile 0-4 kere başvuru yapan hastalar olduğu, %35 ile 5-10 kere başvuru ve %15 ile en az 10 kere başvuru gereken hastalar olduğu görülmektedir. Ayrıca bu hastaların %51,7’sine 1 yılda toplam 0-4 kere yatış gerekmiş, %40’ına 5-10 kere ve %8,3’üne en az 10 kere yatış gerekmiştir. Durmaz’ın 2022 yılında

123 kalp yetersizliği hastasıyla yaptığı tez çalışmasında hastaların %78'i kalp yetersizliği nedeniyle son 1 yılda acile başvurmuştur ve hastaların hepsinin hastaneye yatışı gerekmiştir (135). Ülkemizdeki kalp yetersizliği hastalarının hastaneye yatış sıklığını araştıran bir çalışmada hastaların %50,4' en az 4 ve daha fazla kez hastaneye yatışı gerekmiştir. %27,7'sinin 3 kez ve %21,9'u 2 kez hastaneye tekrarlı yatışı gerekmiştir (136). Candemir'in 2019 yılında 84 kalp yetersizliği hastasıyla yaptığı tez çalışmasında hastaların %78,6'sı son 1 yılda 1-3 kez ve %21,4' en az 4 kez acil servise başvurmuştur. Bu hastaların %77,4'ünde kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış gerekmiştir (137).

5.2. Hipotez Testlerinin Tartışması

Sigara içmek kardiyovasküler hastalık gelişimi için en önemli önlenebilir risk faktörlerinden biridir. Benzer şekilde alkol tüketimi de kalp yetersizliği gelişmesine ve kötüleşmesine neden olabilir (9). Birçok çalışmada sigara içmeyenlerin, sigara içenlere kıyasla daha yüksek yaşam kalitesi puanı oldukları gösterilmiştir (138) (139). Çalışmamıza katılan kalp yetersizliği hastalarının sigara ve alkol kullanma durumlarına bakıldığında, MLHFQ son test puanları karşılaştırıldığında; sigara kullananların puan ortalaması ile sigara kullanmayanların puan ortalaması arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir. Alkol kullananlarda ise alkol kullanmayanların puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlenmiştir. Keleş'in 2022 yılında yaptığı tez çalışmasında da benzer biçimde sigara kullanım durumuna göre MLHFQ toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (127). Aktan'ın 2021 yılında yaptığı çalışmasında sigara kullanımına MLHFQ fiziksel ve emosyonel alt boyutlarında ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (107). zdemir'in 2009 yılında 220 kişiyle yaptığı tezinde de benzer şekilde sigara ve alkol kullanımının toplam puanda anlamlı bir değişikliğe sebep olmadığı görülmüştür (115). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu izlenmiştir. Koelling ve arkadaşları tarafından kronik kalp yetersizliği hastalarının taburculuk eğitimlerinin klinik sonuçlarını araştırmak üzere yapılan bir çalışmada eğitim verilen hastaların sigara kullanmama oranları ve öz yönetim puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (118). Bu farklılığın sebebi sadece sigara kullanımı kaynaklı değil, verilen eğitimin diğer birçok bileşeni nedenli olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların son 1 yıl içerisinde hastaneye yatma sayılarına göre MLHFQ son test puanlarını kıyasladığımızda, 0-4 yıl puan ortalaması, 5-10 yıl

puan ortalaması ve 11 yıl ve üzeri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Reddy ve arkadaşları tarafından 2020 yılında gerçekleştirilen çalışmada hastane yatış sayısı ile yaşam kalitesi arasında çalışmamıza benzer şekilde anlamlı bir fark izlenmemiştir (140). Ancak Keleş'in tez çalışmasında hastaneye yatan hastaların yatmayan hastalara göre MLHFQ toplam puanlarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (127). Aktan'ın çalışmasında da hastaneye yatan hastaların, yatmayan hastalara göre alt boyut ve toplam puanları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (107). Kınıcı'nın çalışmasında da kalp yetersizliği tanısı ile hastaneye yatışı yapılanların MLHFQ toplam puan ortalamaları, yatışı yapılmayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir (141). Ancak çalışmamıza sadece hastaneye yatışı yapılan hastalar alınmış olup, farklı olarak yatış sıklığına göre karşılaştırılmıştır. Salık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatış sıklığı arttıkça alt boyut ve toplam puan ortalamaları anlamlı derecede arttığı görülmektedir (142). Çalışmamız bu veriler ile literatür ile uyumsuz sonuç içermektedir. Bu farklılığın örneklem hacmi ile ilişkili olabileceği, örneklem hacmi arttırılırsa farklılığın ortadan kalkabileceği düşünülebilir.

Eğitim seviyesinin artmasıyla hastalar kendilerini ve hastalıklarını daha iyi tanıyabilir ve hastalıklarıyla yüzleşebilirler. Bu nedenle eğitim seviyesinin artmasıyla öz yönetim ve yaşam kalitesinin artması beklenir. Çalışmamıza katılan kalp yetersizliği hastalarının öğrenim durumuna bağlı olarak MLHFQ'den aldıkları puanlara bakıldığında, ilköğretim mezunu olan hastaların üniversite ve üstü olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı, yani yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. Aktan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MLHFQ fiziksel ve emosyonel alt boyutlarında ve ölçek toplamından aldıkları puanlara bakıldığında eğitim durumu ilkokul olanların diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (107). Hakbilen'in 2022 yılında Dr. Şalva ile birlikte yaptığı tez çalışmasına katılan kalp yetersizliği hastalarının incelenmesinde MLHFQ puanlarının ortalamasına bakıldığında lise öncesi eğitime sahip olanların puan ortalaması 48,61 ve lise sonrası eğitime sahip olanların puan ortalaması ise 35,25 olarak hesaplanmış ve çalışmamızla benzer biçimde daha düşük eğitim seviyesine sahip olan hastaların puanlarında anlamlı derece yükseklik izlenmiştir (143). Salık tarafından 2021 yılında yapılan çalışmada MLHFQ puan ortalamalarına bakıldığında okuryazar olmayanların ortalama puanının $65,31 \pm 15,72$ ilkokul mezunlarının ortalama puanının $60,23 \pm 18,50$ lise ve üstü mezunlarının ise puan ortalamalarının $46,60 \pm 24,99$ olduğu eğitim durumu arttıkça puan ortalamasının anlamlı

derecede azaldığı gösterilmiştir (142). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızdaki çıkan sonuçla benzer olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin, lise veya üniversite mezunu olan hastaların en azından farklı kaynaklardan da olsa birtakım bilgileri elde ettiği şeklinde yorumlanabilir. Burada internet kullanımı veya yazılı kaynaklardan yararlanma oranlarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların MLHFQ toplam puan ortalaması $64,2 \pm 19,42$, fiziksel alt boyut ön test puan ortalaması $25,66 \pm 8,19$ ve emosyonel alt boyut puan ortalaması $15,10 \pm 5,13$ olarak görülmüştür. Keleş'in tez çalışmasında MLHFQ toplam puan ortalaması $45,84 \pm 20,09$ ve Moradi ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı bir meta-analizde MLHFQ toplam puan ortalaması 44,1 olarak belirlenmiştir (127) (144). Bu bulgular ile çalışmaya aldığımız hastaların eğitim öncesinde yaşam kalitesi puanlarının literatürdeki çalışmalardan yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda eğitim sonrası toplam puan ortalamasının $44,01 \pm 17,65$ puanına gerilediği, fiziksel alt boyut ortalama puanının $17,33 \pm 7,31$ ve emosyonel alt boyut puanının $9,85 \pm 4,87$ seviyesine gerilediği ve hepsinin ön teste göre son testte anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Kalp yetersizliği hastalarına taburculuk sırasında verilen eğitimin öz bakımı ve yaşam kalitesini arttırdığı ilk kez 2005 yılında Koelling ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmayla gösterilmiştir (118). Bu çalışma her ne kadar eski bir çalışma olsa da American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) tarafından 2022 yılında yayınlanan kalp yetersizliği yönetimi kılavuzunda hastanede yatan kalp yetersizliği hastalarının taburculukları sırasında eğitimlerinin verilmesi gerektiği bu çalışma kaynak gösterilerek belirtilmiştir (41). Davis ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada kalp yetersizliği ile yatışı yapılan hastalara tedavileri sırasında hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi verildi ve kişisel bakım eğitimi verildi. Taburculuk sonrası poliklinikte takip edilen hastalarda, eğitim verilen hastaların kişisel bilgi ve bakım daha iyi izlenmiştir (145). Çalışmamızda da benzer şekilde hastalara uygulanan eğitimin hastaların yaşam kalitesi üzerinde yüksek düzeyde etkili olduğu söylenebilir.

Kalp yetersizliği olan özellikle yaşlı hastalarda optimal öz yönetim kalitesine ulaşmakta zorluk yaşamaktadır (146). Çalışmamıza katılan hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim son testinin ortalama puanlarını yaşa bağlı olarak değerlendirdiğimizde, 80 üstü yaş üstü ile hem 20-35 yaş arası hem de 36-50 yaş arasında, 20-35 yaş arası ve 36-50 yaş arası lehine anlamlı fark izlenmiştir. Ayrıca hastalar kalp yetersizliği sürelerine göre ve acil başvuru sayılarına göre de değerlendirilmiştir. Kalp yetersizliği 3 yıldan

kısa süredir olanların, 8 yıldan uzun süredir olanlara göre son test toplam puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu, yine bir yılda 4 ve daha az acil servise başvuranların, 10'dan fazla kez başvuranlara göre son test toplam puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kalp yetersizliği tanısı daha uzun yıldır olan, yaşı daha fazla olan ve 1 yılda acil servise tekrarlayan başvuru sayısı yüksek olan hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim testinin daha düşük puanda olduğu gözlemlenmiştir. Daha kısa zamanda tanı almış olan, daha genç yaş hastaların öz yönetimlerinin daha iyi olduğu ve acil servise daha az başvurması gerektiği yorumu yapılabilir. Hiçerimez'in 2019 yılında Çamdeviren ile birlikte kronik kalp yetersizliği hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, hastalık süresi kısa olanların uzun olanlara göre tedaviye uyumlarının ve öz yönetimlerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. (147). Benzer şekilde başka bir çalışmada da hastalık süresinin artmasıyla tedaviye uyumun azaldığı gösterilmiştir (148).

Çalışmamıza katılan hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim alt boyut puanlarını yaş aralıklarına göre ve cinsiyetlerine göre ayrı ayrı kıyasladığımızda; damgalama alt boyut, baş etme alt boyut ve tedaviye uyum alt boyutlarında cinsiyetlerine göre ve yaş aralıkları arasında anlamlı derece bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Literatüre bakıldığında Bakır ve arkadaşlarının çalışmasında Kronik Hastalık Öz Yönetim ortalama puanları yaş aralıklarına göre ve cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde, alt grupların hiçbirinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkmadığı görülmüştür (149). Ancak birçok çalışma yaşlanmayla birlikte azalan görme, işitme ve bilişsel yeteneklerde azalma nedeniyle öz yönetim davranışlarının azaldığını göstermiştir (150) (151). Çalışmalar arasındaki bu farklılığın bu çalışmalarda yaş ortalaması daha yüksek hastalarda çalışılması ve bizim çalışmamızda sadece bilişsel fonksiyonları normal olan hastaların alınmış olmasıdır. Çalışmamızda ise sağlıklı bakım alt boyut puanlarına baktığımızda 20-35 yaş grubunun ile 66-80 yaş ve 80 üstü yaş gruplarına kıyasla anlamlı derecede yüksek puan ortalamasına sahip olduğu izlenmiştir ve literatürle uyumludur. Cinsiyetin öz bakım ve yönetim üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada erkekler ve kadınlar eşit bir uyum sergilemişler, ancak semptomları yorumlamada ve bunu yönetmede erkeklerin kadınlardan daha başarılı olduğu gösterilmiştir (152). Çalışmamızda da benzer şekilde sağlıklı bakım alt boyut puanlarının erkek hastalarda kadın hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamıza göre 35 yaş altı bireylerin 65 yaş üstü bireylere göre ve erkek hastaların kadın hastalara göre sağlık bakımlarının daha iyi olduğu söylenebilir. Bunun sebebinin ülkemizde

gençlerin yaşlılardan, erkeklerin de kadınlardan sosyal anlamda daha özgür ve daha özgüvenli olabilmeleri, kendi sağlıklarıyla daha çok ilgilenebilmeleri nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca daha önceki çalışmalarda da erkeklerin kadınlara göre daha fazla sosyal destek aldığı gösterilmiştir (153) (154).

Çalışmamıza katılan hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, damgalama ve tedavi uyum alt boyutlarında eğitim seviyesi yükseldikçe puanlarının yükseldiği görülmüş ancak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Baş etme alt boyutuna bakıldığında ise ilköğretim mezunu olanların üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olanlara göre anlamlı derecede düşük puan aldığı, yine sağlıklı bakım alt boyut puanlarına bakıldığında, ilköğretim mezunu olanların lise ve üniversite mezunlarına göre anlamlı derecede düşük puan aldığı görülmektedir. Ngai ve arkadaşları tarafından 2021 yılında kronik hastalığı olan genç hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, daha yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların hastalık yönetimi ile ilgili olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (155). Mohebi ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi ile öz bakım ve yönetim puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, akademik eğitim almış hastaların puanları diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek bulunmuştur (153). Ancak Bakır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyinin hiçbir alt boyutta anlamlı derecede farklılık göstermediği görülmüştür (149). Çalışmalar arasında bu farklılıkların olması, muhtemelen ülkeler arasında eğitim sistemlerinin ve çalışmalarda kullanılan öz yönetim ölçme tekniklerinin farklı olmasından kaynaklanmıştır.

Kalp yetersizliği hastalarında yapılan çalışmalarda sigara ve alkol tüketiminin öz yönetim davranışlarıyla ilişkisi görülmemiştir (156) (147). Tam ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan çalışmada öz bakım ve yönetim davranışlarının sigara ve alkol kullanımıyla arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır (157). Ancak sigara kullanan hastaların kronik hastalık öz yönetimlerinin daha kötü olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (158) (159). Çalışmamıza katılan hastaların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Beceri puanlarını kıyasladığımızda; sigara kullanımının hiçbir alt boyutta anlamlı değişiklik göstermediği görülmüştür. Alkol kullanımının ise damgalama, baş etme ve tedaviye uyum alt boyutlarında anlamlı değişiklik göstermediği, sadece sağlıklı bakım alt boyutunda alkol kullananların lehine anlamlı derecede farklılık gösterdiği görülmüştür.

Kalp yetersizliği süresine, son 1 yılda acil servise başvuru sayısına ve son 1 yılda kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayılarına göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Beceri puanlarının dağılımına baktığımızda, tahmin edilenin aksine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Kumar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kronik hastalık süresi arttıkça öz yönetime verdikleri önemin arttığı görülmüştür (160). Berber'in 2022 yılında İşsever ile birlikte yaptığı tez çalışmasında, katılımcıların kronik hastalık süresi ile öz yönetim ölçeği puanları arasında, çalışmamıza benzer şekilde, anlamlı ilişki izlenmemiştir (161). Bakır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde hastalık süresine göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Beceri puanları incelendiğinde anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür (149).

Öz yönetim, hastalığa özgü tıbbi rejimleri uygulamak, sağlık davranışı değişikliğine rehberlik etmek ve hastalıklarını kontrol etmeleri için gerekli becerileri öğretmeyi amaçlayan eğitim programlarıdır. Çalışmalar, öz yönetim eğitimi alan hastalarda hayat kalitesi artışını göstermişlerdir (162) (119). Toback ve arkadaşları tarafından yapılan bir metaanalizde de benzer şekilde öz yönetimi arttırmanın hastaların yaşam kalitesini arttırdığı, hastaneye yatışları ve maliyeti azalttığı sonucuna varılmıştır (163). Yine birçok çalışmada hastaların kendi kendilerini yönetme becerisini öğrenmesinin kalp yetersizliği semptomlarını ve hastaneye yatışlarını azalttığı gösterilmiştir (164) (117) (165) (166). Çalışmada da hastalara taburculuk sonrası verilen eğitimle, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmaları ve öz yönetimi arttırmayı amaçlanmıştır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastalıklarını yönetme becerilerini Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği kullanarak değerlendirdik. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği eğitim öncesi ve eğitim sonrası alt boyut puanlarına bakıldığında damgalama puanı, baş etme puanı, sağlık bakım ve tedavi uyum puanlarının anlamlı yükseldiği görülmüştür. Bu verilere göre, literatürle uyumlu şekilde, uygulanan eğitimin Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği'ne göre yüksek düzeyde etkili olduğu görülmektedir. Bu durum öz yönetim eğitiminin kalp yetersizliği tedavisinde temel hedef olması gerektiğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma, kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesine ve kronik hastalık öz yönetimi üzerine etkisini araştırmak amacıyla tasarlanmıştır. 1 Ocak 2023 – 1 Nisan 2023 arasında, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde kalp yetersizliği tanısı ile yatan, 18 yaşın üzerinde, en az 1 yıl süreyle kalp yetersizliği olan 60 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada belirlenen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlar aşağıda detaylı olarak listelenmiştir;

- Araştırmaya katılan hastaların %50'si kadın (n:30) ve %50'si erkek (n:30), %48,3'ü (n:29) ilköğretim mezunu, %21,7'si (n:13) lise mezunu ve %30'u (n:18) üniversite ve üstü mezunudur. %36,7'si (n:22) sigara kullanıyor, %53,3'ü sigara kullanmıyor, %10'u (n:6) sigarayı bırakmış, %45 (n:27) alkol kullanıyor ve %55 (n:33) alkol kullanmamaktadır.
- Çalışmamıza katılan kalp yetersizliği hastalarının yaş ortalamasının 64,70 olup, %36,67'sinin 66-80 yaş aralığında, %33,33'ünün 51-65 yaş aralığında, %18,33'ü 80 yaş üstü ve ile %11,67'sinin 50 yaş altında olduğu izlenmiştir.
- Katılımcıların hastalık süreleri %20'si (n:12) 1-3 yıl, %38,3'ü (n:23) 4-7 yıl, %41,7'si (n:25) 8-15 yıl ve son 1 yılda acil başvuru sayıları %50'si (n=30) son 1 yılda 0-4 kere, %35'i (n=21) 5-10 kere, %15'i (n=9) 10 ve üzeri sayıda hastane aciline başvurduğunu belirtmiştir. Hastaların son 1 yılda hastaneye yatış sayıları %51,7'sinin (n=31) 0-4, %40'ının (n=24) 5-10 kere ve %8,3'ünün (n=5) 10'dan fazla sayıda hastaneye yattığı görülmüştür.
- Katılımcıların eğitim öncesi Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşama Anketi puan ortalaması 64,2±19,42, fiziksel alt boyut ortalama puanı 25,66±8,19 ve emosyonel alt boyut puan ortalaması 15,10±5,13 bulunmuştur.
- Katılımcıların eğitim sonrası Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşama Anketi puan ortalaması 44,01±17,65, fiziksel alt boyut ortalama puanı 17,33±7,31 ve emosyonel alt boyut puan ortalaması 9,85±4,87 bulunmuştur. Uygulanan eğitim ile hastaların yaşam kalitesine yüksek düzeyde etkili olduğu izlenmiştir (p<0,05).
- Katılımcıların eğitim öncesi Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalaması damgalama alt boyutunda 1,86±0,65, baş etme alt boyutunda 2,62±0,80, sağlık

bakım alt boyutunda $2,62\pm0,82$ ve tedavi uyum alt boyutunda $2,01\pm0,76$ bulunmuştur.

- Katılımcıların eğitim sonrası Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalaması damgalama alt boyutunda $2,79\pm0,76$, baş etme alt boyutunda $3,32\pm0,71$, sağlık bakım alt boyutunda $3,60\pm0,87$ ve tedavi uyum alt boyutunda $3,05\pm0,93$ bulunmuştur. Uygulanan eğitim ile hastaların öz yönetimlerine yüksek düzeyde etkili olduğu izlenmiştir ($p<0,05$).
- Çalışmamıza katılan kalp yetersizliği hastalarının sigara ve alkol kullanma durumlarına bakıldığında, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi son test puanları karşılaştırıldığında; sigara kullananların puan ortalaması ile sigara kullanmayanların puan ortalaması arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir ($p>0,05$). Alkol kullananlarda ise alkol kullanmayanların puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlenmiştir ($p<0,05$).
- Çalışmamıza katılan hastaların son 1 yıl içerisinde hastaneye yatma sayılarına göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşam Anketi (MLHFQ) son test puanlarını kıyasladığımızda, 0-4 yıl puan ortalaması, 5-10 yıl puan ortalaması ve 11 yıl ve üzeri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir ($p>0,05$).
- Çalışmamıza katılan kalp yetersizliği hastalarının öğrenim durumuna bağlı olarak Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketinden aldıkları puanlara bakıldığında, üniversite ve üstü mezunu olan hastaların ve ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı derecede daha düşük puan aldığı, yani yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür ($p<0,05$).
- Kalp yetersizliği tanısı daha uzun yıldır olan, yaşı daha fazla olan ve 1 yılda acil servise tekrarlayan başvuru sayısı yüksek olan hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim testinin daha düşük puanda olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Daha kısa zamanda tanı almış olan, daha genç yaş hastaların öz yönetimlerinin daha iyi olduğu ve acil servise daha az başvurusu gerektiği yorumu yapılabilir.
- Çalışmamıza katılan hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim alt boyut puanlarını yaş aralıklarına göre ve cinsiyetlerine göre ayrı ayrı kıyasladığımızda; damgalama alt boyut, baş etme alt boyut ve tedaviye uyum alt boyutlarında cinsiyetlerine göre ve yaş aralıkları arasında anlamlı derece bir farklılık ortaya çıkmamıştır ($p>0,05$).

- Çalışmamızda ise sağlıklı bakım alt boyut puanlarına baktığımızda 20-35 yaş grubunun ile 66-80 yaş ve 80 üstü yaş gruplarına kıyasla anlamlı derecede yüksek puan ortalamasına sahip olduğu izlenmiştir ($p<0,05$).
- Çalışmamızda sağlıklı bakım alt boyut puanlarının erkek hastalarda kadın hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Çalışmamıza katılan hastaların Kronik Hastalık Öz Yönetim puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, damgalama ve tedavi uyum alt boyutlarında eğitim seviyesi yükseldikçe puanlarının yükseldiği görülmüş ancak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p>0,05$). Baş etme alt boyutuna bakıldığında ise ilköğretim mezunu olanların üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olanlara göre anlamlı derecede düşük puan aldığı ($p<0,05$), yine sağlıklı bakım alt boyut puanlarına bakıldığında, ilköğretim mezunu olanların lise ve üniversite mezunlarına göre anlamlı derecede düşük puan aldığı görülmektedir ($p<0,05$).
- Çalışmamıza katılan hastaların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Beceri puanlarını kıyasladığımızda; sigara kullanımının hiçbir alt boyutta anlamlı değişiklik göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Alkol kullanımının ise damgalama, baş etme ve tedaviye uyum alt boyutlarında anlamlı değişiklik göstermediği ($p>0,05$), sadece sağlıklı bakım alt boyutunda alkol kullananların lehine anlamlı derecede farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$).
- Kalp yetersizliği süresine, son 1 yılda acil servise başvuru sayısına ve son 1 yılda kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayılarına göre Kronik Hastalık Öz Yönetim Beceri puanlarının dağılımına baktığımızda, tahmin edilenin aksine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır ($p>0,05$).

6.2. Öneriler

Araştırma sonunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara ilk tanı konduğu andan itibaren bu hastalıkla yaşamayı, sağlıklı yaşam biçimini benimseyecekleri davranışlar geliştirmelerini hedefleyen planlı bir biçimde verilen eğitimin hemşirelik bakımında önemli yeri bulunmaktadır.

- Kronik kalp yetersizliği tanısı olan hastalara planlı bir biçimde verilen eğitim ile hastaların kronik hastalık öz yönetimi artmakta ve öz yönetimi artan hastanın ise yaşam kalitesi yükselmektedir. Ayaktan hasta bakımının yapıldığı merkezlerde planlı biçimde özyönetim eğitimlerinin standart bakıma eklenmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKÇA

1. Heckman G A, Boscart V M, D'Elia T, Kelley M L, Kaasalainen S, McAiney C A, et al. Managing heart failure in long-term care: recommendations from an interprofessional stakeholder consultation. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 2016; 35(4), 447-464.
2. Sinnenberg, L., Givertz, M. M, Acute heart failure. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 2020; 30(2), 104-112.
3. Rossignol, P., Hernandez, A. F., Solomon, S. D., Zannad, F. Heart failure drug treatment. *The Lancet*, 2019; 393(10175), 1034-1044.
4. Mosterd, A., Hoes, A. W. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, 2007; 93(9), 1137-1146.
5. Tomasoni, D., Adamo, M., Lombardi, C. M., Metra, M. Highlights in heart failure. *ESC heart failure*, 2019; 6(6), 1105-1127.
6. Lippi, G., Sanchis-Gomar, F. Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Med J*, 2020; 5(15), 1-6.
7. Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner. et al. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 2013
8. Beggs, S. A., McDonagh, T. A., & Gardner, Chronic heart failure: epidemiology, investigation and management. *Medicine*; 2022.
9. Değertekin, M., Erol, Ç., Ergene, O., Tokgözoğlu, L., Aksoy, M., Erol, M. K., ... & Kozan, Ö. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 2012; 40(4), 298-308.
10. Pecini, R., Møller, D. V., Torp-Pedersen, C., Hassager, C., & Køber, L. Heart failure etiology impacts survival of patients with heart failure. *International journal of cardiology*, 2011, 149(2), 211-215.

11. Yilmaz, M. B., Çelik, A., Cavusoglu, Y., Bekar, L., Onrat, E., Eren, M., Tokgozoglu, L. Snapshot evaluation of heart failure in Turkey: Baseline characteristics of SELFIE-TR. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2019; 47(3):198-206.
12. Shore, S., Grau-Sepulveda, M. V., Bhatt, D. L., Heidenreich, P. A., Eapen, Z. J., Hernandez, A. F., Characteristics, treatments, and outcomes of hospitalized heart failure patients stratified by etiologies of cardiomyopathy. *ACC: Heart failure*, 2015; 3(11), 906-916.
13. Adalet, K. *Klinik Kardiyoloji*. İstanbul : İstanbul Tıp Kitabevleri, 2019.
14. Lerman, B. J., Popat, R. A., Assimes, T. L., Heidenreich, P. A., Wren, S. M. Association of left ventricular ejection fraction and symptoms with mortality after elective noncardiac surgery among patients with heart failure. *Jama*, 2019; 321(6), 572-579.
15. Sedlar N, Lainscak M, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure : A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2017; 16(4):272–282.
16. Aggarwal, M., Bozkurt, B., Panj Rath, G., Aggarwal, B., Ostfeld, R. J., Barnard, N. D. et al. Lifestyle modifications for preventing and treating heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 2018; 72(19), 2391-2405.
17. Selçuk, E. D., Demirbağ, B. C. Dorothea Elizabeth Orem'in öz–bakım teorisi'ne göre konjestif kalp yetersizliği olan hastanın hemşirelik bakım planı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; 8(3), 333-342.
18. Kasapoğlu, E. S., Enç, N. Kronik kalp yetersizliğinin bakım yönetiminde hemşireler için bir rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017.
19. Oudejans, I., Mosterd, A., Bloemen, J. A., Valk, M. J., van Velzen, E. et al. Clinical evaluation of geriatric outpatients with suspected heart failure: value of symptoms, signs, and additional tests. *European journal*, 2011
20. S. Ponikowski, P., Anker, S. D., AlHabib, K. F., Cowie, M. R., Force, T. L., & Hu. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*, 2014; 4–25.

21. Brahmabhatt, D. H., & Cowie, M. R. Heart failure: classification and pathophysiology. *Medicine*, 2018; 46(10), 587-593.
22. Sodha, N. R., Moore, H. J., Papademetriou, V., Trachiotis, G. D. Achieving Renal Denervation: Catheter-Based and Surgical Management for Neural Ablation in the Management of Hypertension. *Innovations*, 2012; 7(5), 314-322.
23. Ziaieian, B., & Fonarow, G. C. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 2016; 13(6), 368-378.
24. Fang, N., Jiang, M., & Fan, Y. Ideal cardiovascular health metrics and risk of cardiovascular disease or mortality: a meta-analysis. *International journal of cardiology*, 2016; 214, 279-283.
25. McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2021; 16.
26. Peter Libby, Robert O. Bonow, Douglas L. Mann, Gordon F. Tomaselli, Deepak L. Bhatt, Scott D. Solomon, Eugene Braunwald. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: Elsevier; 2022.
27. Sequeira, V., & van der Velden, J. Historical perspective on heart function: the Frank–Starling Law. *Biophysical reviews*, 2015; 7, 421-447.
28. Chaui-Berlinck, J. G., & Monteiro, L. H. A. Frank–Starling mechanism and short-term adjustment of cardiac flow. *Journal of Experimental Biology*, 2017; 220(23), 4391-4398.
29. Delicce, A. V., & Makaryus, A. N. *Physiology, frank starling law*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). 2017.
30. Iheanacho, F., & Vellipuram, A. R. *Physiology, Mechanoreceptors*. Treasure Island, FL, USA: StatPearls Publishing. 2020
31. Oh, G. C., & Cho, H. J. Blood pressure and heart failure. *Clinical hypertension*, 2020; 26, 1-8.
32. Tanai E, F. S. Pathophysiology of Heart Failure. *ComprPhysiol*, 2016; 187–214.

33. Malik, A., Brito, D., Vaqar, S., Chhabra, L., & Doerr, C. Congestive heart failure (nursing). In StatPearls [internet] , s. StatPearls Publishing. 2022
34. Khamroev, E. E., Nurboev, F. E., & Pulatova, S. K. Chronic heart failure: features clinical manifestations in the elderly. *British Medical Journal*, 2022; 2(2).
35. Jae K. Oh, Garvan C. Kane, James B. Seward, A. Jamil Tajik. *The Echo Manual, Fourth Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.
36. Kosmala, W., & Marwick, T. H. Asymptomatic left ventricular diastolic dysfunction: predicting progression to symptomatic heart failure. *Cardiovascular Imaging, JACC*, 2020; 13(1 Part 2), 215-227.
37. Marstrand, P., Han, L., Day, S. M., Olivotto, I., Ashley, E. A., Hypertrophic cardiomyopathy with left ventricular systolic dysfunction: insights from the SHaRe registry. *Circulation*, 2020; 141(17), 1371-1383.
38. Al-Sadawi, M., Theodoropoulos, K., Saeidifard, F., Kiladejo, A., Al-Ajam, M., Salciccioli, L. et al. Sleep Apnea as a Risk Factor for Diastolic Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Respiration*, 2022; 101(11), 1-18.
39. Caraballo, C., Desai, N. R., Mulder, H., Alhanti, B., Wilson, F. P., et al. Clinical implications of the New York heart association classification. *Journal of the American Heart Association*, 2019; 8(23), e014240.
40. Greene, S. J., Butler, J., Spertus, J. A., Hellkamp, A. S., Vaduganathan, M., et al. Comparison of New York Heart Association class and patient-reported outcomes for heart failure with reduced ejection fraction. *JAMA cardiology*, 2021; 6(5), 522-531.
41. Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 2022; 79(17).
42. Arrigo, M., Jessup, M., Mullens, W., Reza, N., Shah, A. M., Sliwa, K., et al. Acute heart failure. *Nature Reviews Disease Primers*, 2020, 6(1), 16.

43. Mentz, R. J., & O'connor, C. M. Pathophysiology and clinical evaluation of acute heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 2016, 13(1), 28-35.
44. Mebazaa, A., Tolppanen, H., Mueller, C., Lassus, J., DiSomma, S., Baksyte, G., et al. Acute heart failure and cardiogenic shock: a multidisciplinary practical guidance. *Intensive care medicine*, 2016; 42, 147-163.
45. Sabbah, H. N. Silent disease progression in clinically stable heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2017; 19(4), 469-478.
46. Bauer, A., Esmaeili, A., deRosa, R., Voelkel, N. F., & Schranz, D. Restrictive atrial communication in right and left heart failure. *Translational Pediatrics*, 2019; 8(2), 133.
47. Gorter, T. M., van Veldhuisen, D. J., Bauersachs, J., Borlaug, B. A., Celutkienė, J., et al. Right heart dysfunction and failure in heart failure with preserved ejection fraction: mechanisms and management. *European journal of heart failure*, 2018; 20(1), 16-37.
48. Wasse, H., & Singapuri, M. S. High-output heart failure: how to define it, when to treat it, and how to treat it. In *Seminars in nephrology*, 2012; Vol. 32, No. 6, pp. 551-557.
49. Tokgözoğlu, L., Yılmaz, M. B., Abacı, A., Altay, H., & Atalar, E. Türkiye’de kalp yetersizliği yol haritası kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler. *Türk Kardiyoloji Derneği*. 2015
50. Akıncı, A. Ç., Zengin, N., & Yasemin, B. U. Ğ. U. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2014; 18(2), 52-61.
51. Ural, D., Çavuşoğlu, Y., Eren, M., Karaüzüm, K., Temizhan, A., Yılmaz, et al. B. Diagnosis and management of acute heart failure. *Anatolian journal of cardiology*, 2016; 15(11), 860.
52. Aronson, D., & Burger, A. J. The relationship between transient and persistent worsening renal function and mortality in patients with acute decompensated heart failure. *Journal of cardiac failure*, 2010; 16(7), 541-547.
53. Brunner-La Rocca, H. P., & Sanders-van Wijk, S. Natriuretic peptides in chronic heart failure. *Cardiac failure review*, 2019; 5(1), 44.

54. Malhotra, R., Bakken, K., D'Elia, E., & Lewis, G. D. Cardiopulmonary exercise testing in heart failure. *JACC: Heart Failure*, 2016; 4(8), 607-616.
55. Zoghi, M. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. *Klinik Gelişim*, 2011; 24, 1-5.
56. Logeart, D., Thabut, G., Jourdain, P., Chavelas, C., Beyne, P., Beauvais, et al. PredischARGE B-type natriuretic peptide assay for identifying patients at high risk of re-admission after decompensated heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 2004; 43(4), 635-641.
57. Harada, T., Kagami, K., Kato, T., & Obokata, M. Echocardiography in the diagnostic evaluation and phenotyping of heart failure with preserved ejection fraction. *Journal of Cardiology*, 2022; 79(6), 679-690.
58. Demirkiran, A., Everaars, H., Amier, R. P., Beijnink, C., Bom, M. J., Götte, M. J., ... & Nijveldt, R. Cardiovascular magnetic resonance techniques for tissue characterization after acute myocardial injury. *European Heart Journal-Cardiovascular Imaging*, 2019; 20(7), 723-734.
59. Mewton, N., Liu, C. Y., Croisille, P., Bluemke, D., & Lima, J. A. Assessment of myocardial fibrosis with cardiovascular magnetic resonance. *Journal of the American College of Cardiology*, 2011; 57(8), 891-903.
60. Patel, A. R., & Kramer, C. M. Role of cardiac magnetic resonance in the diagnosis and prognosis of nonischemic cardiomyopathy. *JACC: Cardiovascular Imaging*, s. 10(10 Part A), 2017; 1180-1193.
61. Boorsma, E. M., Ter Maaten, J. M., Damman, K., Dinh, W., Gustafsson, F. et al. Congestion in heart failure: a contemporary look at physiology, diagnosis and treatment. *Nature Reviews Cardiology*, 2020; 17(10), 641-655.
62. Kaplinsky, E. Sacubitril/valsartan in heart failure: latest evidence and place in therapy. *Therapeutic advances in chronic disease*, 2016; 7(6), 278-290.
63. McMurray, J. J., Packer, M., Desai, A. S., Gong, J., Lefkowitz, M., Rizkala, et al. Baseline characteristics and treatment of patients in prospective comparison of ARNI

with ACEI to determine impact on global mortality and morbidity in heart failure trial (PARADIGM-HF)., *European journal of heart failure*, 2014; 16(7), 817-825.

64. De Vecchis, R., Ariano, C., Di Biase, G., & Noutsias, M. Sacubitril/valsartan for heart failure with reduced left ventricular ejection fraction. *Herz*, 2019; 44(5), 425-432.

65. Di Palo, K. E., & Barone, N. J. Hypertension and heart failure: prevention, targets, and treatment. *Heart failure clinics*, 2020; 16(1), 99-106.

66. Herman, L. L., Padala, S. A., Ahmed, I., & Bashir, K. Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI). In: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). 2017

67. Orsborne, C., Chaggar, P. S., Shaw, S. M., & Williams, S. G. The renin-angiotensin-aldosterone system in heart failure for the non-specialist: the past, the present and the future. *Postgraduate medical journal*, 2017; 93(1095), 29-37.

68. Meyer, M., & LeWinter, M. M. Heart rate and heart failure with preserved ejection fraction: time to slow β -blocker use? *Circulation: Heart Failure*, 2019; 12(8), e006213.

69. Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., et al. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 2019; 47(6), 535-546.

70. Kotecha, D., Manzano, L., Krum, H., Rosano, G., Holmes, J., Altman, et al. Effect of age and sex on efficacy and tolerability of β blockers in patients with heart failure with reduced ejection fraction: individual patient data meta-analysis. *British Medical Journal*, 2016; 353.

71. Farzam, K., & Jan, A. Beta Blockers. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). 2022

72. Barron, A. J., Zaman, N., Cole, G. D., Wensel, R., Okonko, D. O., & Francis, et al. Systematic review of genuine versus spurious side-effects of beta-blockers in heart failure using placebo control: recommendations for patient information. *International journal of cardiology*, 2013; 168(4), 3572-3579.

73. Colafella, K. M. M., Bovée, D. M., & Danser, A. J. The renin-angiotensin-aldosterone system and its therapeutic targets. *Experimental eye research*, 2019; 186, 107680.

74. Tsutsui, H., Ito, H., Kitakaze, M., Komuro, I., Murohara, T., Izumi, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial evaluating the efficacy and safety of eplerenone in Japanese patients with chronic heart failure (J-EMPHASIS-HF). *Circulation Journal*, 2017; 82(1), 148-158.
75. Rahhal, A., Saad, M. O., Tawengi, K., Assi, A. A. R., Habra, M., & Ahmed, D. Torsemide versus furosemide after acute decompensated heart failure: a retrospective observational study. *BMC cardiovascular disorders*, 2019; s. 19, 1-8.
76. Felker, G. M., Ellison, D. H., Mullens, W., Cox, Z. L., & Testani, J. M. Diuretic therapy for patients with heart failure: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 2020; 75(10), 1178-1195.
77. Mullens, W., Damman, K., Harjola, V. P., Mebazaa, A., Brunner-La Rocca, H. P., Martens, et al. The use of diuretics in heart failure with congestion—a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 2019; s. 21(2), 137-155.
78. Oh, S. W., & Han, S. Y. Loop diuretics in clinical practice. *Electrolytes & Blood Pressure*. 2015; s. 13(1), 17.
79. Aktoz, M. Poliklinikte kalp yetersizliği hastası takibi ve tedavisi. *Balkan Medical Journal*, 2010; s. 2010(1), 57-62.
80. Ide, T., Ohtani, K., Higo, T., Tanaka, M., Kawasaki, Y., & Tsutsui, H. Ivabradine for the treatment of cardiovascular diseases. *Circulation Journal*, 2019; s. 83(2), 252-260.
81. Bavishi, C., Khan, A. R., & Ather, S. Digoxin in patients with atrial fibrillation and heart failure: a meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 2015; 188, 99-101.
82. Yeşilbursa, D. Yaşlılarda kalp yetersizliğine yaklaşım. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 2017; 45(5), 42-46.
83. Lopes, R. D., Rordorf, R., De Ferrari, G. M., Leonardi, S., Thomas, L., Wojdyla, et al. Digoxin and mortality in patients with atrial fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, 2018; s. 71(10).

84. Patocka, J., Nepovimova, E., Wu, W., & Kuca, K. Digoxin: Pharmacology and toxicology. *Environmental Toxicology and Pharmacology*, 2020; s. 79, 103400.
85. Aguirre Dávila, L., Weber, K., Bavendiek, U., Bauersachs, J., Wittes, J., Yusuf, S., et al. Digoxin–mortality: randomized vs. observational comparison in the DIG trial. *European heart journal*, 2019; s. 40(40), 3336-3341.
86. Tariq, S., & Aronow, W. S. Use of inotropic agents in treatment of systolic heart failure. *International journal of molecular sciences*, 2015; s. 16(12), 29060-29068.
87. Hashim, T., Sanam, K., Revilla-Martinez, M., Morgan, C. J., Tallaj, J. A., Pamboukian, et al. Clinical characteristics and outcomes of intravenous inotropic therapy in advanced heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 2015; s. 8(5), 880.
88. Ahmad, T., Miller, P. E., McCullough, M., Desai, N. R., Riello, R., Psotka, et al. Why has positive inotropy failed in chronic heart failure? Lessons from prior inotrope trials. *European journal of heart failure*, 2019; s. 21(9), 1064-1078.
89. Ziff, O. J., & Kotecha, D. Digoxin: The good and the bad. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 2016; s. 26(7), 585-595.
90. Alzahri, M. S., Rohra, A., & Peacock, W. F. Nitrates as a treatment of acute heart failure. *Cardiac failure review*, 2016; s. 2(1), 51.
91. Al-Mohammad, A. Hydralazine and nitrates in the treatment of heart failure with reduced ejection fraction. *ESC heart failure*, 2019; s. 6(4), 878-883.
92. Breitenstein, A., & Steffel, J. Devices in heart failure patients—Who benefits from ICD and CRT? *Frontiers in cardiovascular medicine*, 2019; s. 6, 111.
93. Hudson, B. F., Davidson, J., & Whiteley, M. S. The impact of hand reflexology on pain, anxiety and satisfaction during minimally invasive surgery under local anaesthetic: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2015; s. 52(12), 1789-1797.
94. Deveci, G., Aydın, H. T. Hipertansif Hastaların Öz-Yönetiminde Tele Sağlık Uygulamaları: Geleneksel Derleme/Tele Health Applications in the Self-Management of Hypertensive Patients: A Review. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2022; s. 17(3), 121-128.

95. Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D., & Roland, V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of cardiac failure*, 2004; s. 10(4), 350–360.
96. van der Wal, M. H., Jaarsma, T., & van Veldhuisen, D. J. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *European journal of heart failure*, 2005; s. 7(1), 5-17.
97. Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H. P. B., Castiello, T., Čelutkienė, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 2021; s. 23(1), 157-174.
98. Mlinac, M. E., & Feng, M. C. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 2016; s. 31(6), 506-516.
99. Kucher, N., Luder, C. M., Dornhofer, T., Windecker, S., Meier, B., & Hess, et al. Novel management strategy for patients with suspected pulmonary embolism. *European heart journal*, 2003; s. 24(4), 366-376.
100. Türen, S. Yoğun Bakımda Akut Kalp Yetersizliği ve Hemşireşik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2018; s. 22(2), 73-79.
101. Enç, N., & Öz Alkan, H. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastane içi hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2012; s. 85-100.
102. Mathew, J., Lail, J., Chang, A. C., & Jefferies, J. L. Outpatient monitoring and self-care. In *Heart Failure in the Child and Young Adult*, 2018; s. 755-772.
103. Özdelikara, A., Taştan, A., Atasayar, B. Ş. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020; s. 5(1), 42-49.
104. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of pain and symptom management*, 2008; s. 35(6):594-603 .

105. Akdeniz, Ş., & Özer, Z. C. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisine dayalı kalp yetersizliği olan hastalarda semptom yönetimi, öz bakım gücü ve sağlık davranışlarına planlı hasta eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 2021; s. 12(28), 100-109.
106. Efe, H. F., & Olgun, N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2011; s. 18(1), 1-13.
107. Aktan, I., & Ünsar, S. Kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2021
108. Huang, Z., Liu, T., & Chair, S. Y. Effectiveness of nurse-led self-care interventions on self-care behaviors, self-efficacy, depression and illness perceptions in people with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2022; s. 104255.
109. Zhao, Q., Chen, C., Zhang, J., Ye, Y., & Fan, X. Effects of self-management interventions on heart failure: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials–Reprint. *International journal of nursing studies*, 2021; s. 116, 103909.
110. Demers, C., Patterson, C., Archer, N., Coallier, J., Strachan, P., Keshavjee, et al. A simple multi-component intervention improves self management in heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, 2014; s. 30(10), S201.
111. Gedük, E. A. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2018; s. 5(2), 253-258.
112. Lainscak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I., et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 2011; s. 13(2), 115-126.
113. Zengin, N., Besey, Ö. R. E. N., Yıldız, H., Akıncı, A. Ç. Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2012; s. 16(2), 41-48.

114. Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., Özdemir, et al. Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. Turk J Cardiovasc Nurs, 2019; s. 10(23), 114-121.
115. Özdemir, V. A. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi, Turkey. 2009.
116. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. & Fidan, Y. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. Öztürk, Y. Journal of Academic Value Studies, 2021; s. 7(3), 375-381.
117. Jaarsma, T., Halfens, R., Huijter Abu-Saad, H., Dracup, K., Gorgels, T., Van Ree, J., et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. European heart journal, 1999; s. 20(9), 673-682.
118. Koelling, T. M., Johnson, M. L., Cody, R. J., & Aaronson, K. D. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. Circulation. 2005; s. 111(2), 179-185.
119. Boren, S. A., Wakefield, B. J., Gunlock, T. L., & Wakefield, D. S. Heart failure self-management education: a systematic review of the evidence. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 2009; s. 7(3), 159-168.
120. Choi EY, Park JS, Min D, Lee HS, Ahn JA. Association between self – management behaviour and quality of life in people with heart failure : a retrospective study. BMC CardiovascDisord Published online, 2022; s. 1-9.
121. Bayrak, B., Oğuz, S., Karabulut, Z., Çelik, S., & Kodak, C. Kalp yetersizliği hastalarında ölüm kaygısının belirlenmesi. Turk J Cardiovasc Nurs, 2019; s. 10(23), 97-104.
122. Dikici, İ. C. Konjestif kalp yetersizliği olan hastaların kısıtlılık durumları ve semptom düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, 2018.
123. Akyüz, M. Kalp Yetmezliği Hastalarında Uyku Kalitesinin Psikososyal Uyuma Etkisi. Published online. 2022

124. Ødegaard, K. M., Hallén, J., Lirhus, S. S., Melberg, H. O., & Halvorsen, S. Incidence, prevalence, and mortality of heart failure: a nationwide registry study from 2013 to 2016. *ESC heart failure*, 2020; s. 7(4), 1917-1926.
125. Denfeld, Q. E., Winters-Stone, K., Mudd, J. O., Gelow, J. M., Kurdi, S., Lee, C. S. The prevalence of frailty in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *International journal of cardiology*, 2017; s. 236, 283-289.
126. Yalınkılıç, M., Kılıçaslan, K., Uysal, H., Bilgin, S., & Enç, N. Determination of Frailty Status of Elderly Individuals With Heart Failure. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 2020; s. 11(25), 51-59.
127. Keles, A. Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Published online. 2022
128. Boğan, F., & Korkmaz, M. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumunu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; s. 11(2), 191-198.
129. Sayın Kasar, K., & Erzincanlı, S. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2021; s. 12(28), 94-99.
130. Johansson, S., Wallander, M. A., Ruigómez, A., & Rodríguez, L. A. G. Incidence of newly diagnosed heart failure in UK general practice. *European Journal of Heart Failure*, 2001; s. 3(2), 225-231.
131. Bilbao, A., Escobar, A., García-Perez, L., Navarro, G., & Quirós, R. The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health and quality of life outcomes*, 2016; s. 14(1), 1-11.
132. T. S. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayın, 2013; s. (909), 69-107.
133. Tekin, H., & Polat, Ü. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 2018; s. 28(1).
134. Kılınç, G., Yıldız, E., Kavak, F. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. 2016.

135. Durmaz, B.N. Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ile Semptom Şiddeti, Öz-Bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Published online. 2022
136. Karaca, S., Hatice, M. E. R. T. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; s. 14(3), 1-7.
137. Bayazit Candemir, Y. Dekompanse kalp yetersizliği ile kardiyoloji bölümüne başvuran hastaların takip verilerinin hastaneye başvuru ve mortalite öngördürücülüğünün değerlendirilmesi açısından retrospektif analizi. Published online. 2019
138. Martinez JA, Mota GA, Vianna ES, Filho JT, Silva GA, Rodrigues AL Jr. Impaired quality of life of healthy young smokers. Chest, 2004; s. 125(2):425-8.
139. Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. Quality of life and smoking. The American journal on addictions, 2014; s. 23(6), 540-562.
140. Reddy, Y. N., Rikhi, A., Obokata, M., Shah, S. J., Lewis, G. D., AbouEzzedine, et al. Quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: importance of obesity, functional capacity, and physical inactivity. European journal of heart failure, 2020; s. 22(6), 1009-1018.
141. Kınıcı, E. Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2019
142. Salık, S., & Sarıtaş, S. Ç. Kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. Turk J Cardiovasc Nurs, 2021; s. 12(29), 173-182.
143. Hakbilen, A. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniđine başvuran kalp yetersizliği tanısı alan hasta ve yakınlarında oluşan ekonomik ve sosyal maliyetler. Master's thesis, TC Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. 2022

144. Moradi, M., Daneshi, F., Behzadmehr, R., Rafiemanesh, H., Bouya, S., & Raeisi, M. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart failure reviews*, 2020; s. 25, 993-1006.
145. Davis, K. K., Mintzer, M., Himmelfarb, C. R. D., Hayat, M. J., Rotman, S., & Allen, J. Targeted intervention improves knowledge but not self-care or readmissions in heart failure patients with mild cognitive impairment. *European journal of heart f.* 2012
146. Siabani, S., Leeder, S. R., & Davidson, P. M. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *Springerplus*, 2013; s. 2(1), 1-14.
147. Hiçerimez, A. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki. Published online. 2019
148. Basuray, A., Dolansky, M., Josephson, R., Sattar, A., Grady, E. M., Vehovec, et al. Dietary sodium adherence is poor in chronic heart failure patients. *Journal of cardiac failure*, 2015; s. 21(4), 323-329.
149. Bakır, G. G., & Zengin, N. Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2023; s.5(1), 9-17.
150. Alizadeh, Z., & Ashktorab, T. Correlation between social support and self-care behaviors of patients with heart failure in heart internal wards of hospitals affiliated with Shaheed Beheshti Medical Sciences and Health Services University. 2011.
151. Shojaei F, Asemi S, Yarandi AN, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with CHF. *Payesh Journal*, 2009; s. 8(4):361-9.
152. Riegel B, Dickson, V. V., Kuhn, L., Page, K., & Worrall-Carter, L. Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: a mixed methods study. *International journal of nursing studies*, 2010; s. 47(7), 888-895.
153. Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Mohammadbeigi, A., & Rajati, F. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *Journal of education and health promotion*, 2018; s. 7.

154. Bohanny, W., Wu, S. F. V., Liu, C. Y., Yeh, S. H., Tsay, S. L., & Wang, T. J. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2013; s. 25(9), 495.
155. Ngai, S. S. Y., Cheung, C. K., Ng, Y. H., Shang, L., Tang, H. Y., Ngai, et al. Time effects of supportive interaction and facilitator input variety on treatment adherence of young people with chronic health conditions: A dynamic mechanism in mutual aid groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; s. 18(6).
156. Bagheri-Saweh, M. I., Lotfi, A., & Salawati Ghasemi, S. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *International Journal of Biomedicine and Public Health*, 2018; s. 1(1), 42-47.
157. Tam, C. C., Ye, Z., Wang, Y., Li, X., & Lin, D. Self-care behaviors, drinking, and smoking to cope with psychological distress during COVID-19 among Chinese college students: the role of resilience. *Psychology & Health*, 2021; s. 1-20.
158. Usluoğlu, H. Diyabetik Hastaların Öz Yeterlilikleri İle Öz Bakım Aktiviteleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi. 2018
159. Koç, E. Tip 2 Diyabet Tanısı Konmuş Kişilerde Hastalık Öz Yönetiminin Değerlendirilmesi ve Tip 2 Diyabet Öz Yönetimi Ölçeğinin Geliştirilmesi. 2020.
160. Prasanna Kumar, H. R., Mahesh, M. G., Menon, V. B., Srinath, K. M., Shashidhara, K. C. et al. Patient Self-reported quality of life assessment in Type 2 diabetes mellitus: A pilot study. *Nigerian journal of clinical practice*, 2018; s. 21(3), 343-349.
161. Berber, T. Tip 2 Diyabetlilerde Kronik Hastalıklara Uyum, Öz-Yönetim Algı ve Farkındalık İncelemesi. Published online. 2022
162. Effing, T., Monninkhof, E. E., Van Der Valk, P. P., Zielhuis, G. G., Walters, E. H., Van Der Palen, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007; s. 4.

163. Toback, M., Clark, N. Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemporary Nurse*, 2017; s. 53(1), 105-120.
164. Serxner, S., Miyaji, M., & Jeffords, J. Congestive heart failure disease management study: a patient education intervention. *Congestive Heart Failure*, 1998; s. 4, 23-28.
165. Harrison, M. B., Browne, G. B., Roberts, J., Tugwell, P., Gafni, A., & Graham, I. D. Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Medical care*, 2002; s. 271-282.
166. Krumholz, H. M., Amatruda, J., Smith, G. L., Mattera, J. A., Roumanis, S. A., Radford, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 2002; s. 39(1), 83-89.

8. EKLER

8.1. Ek 1: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Koruyucu işlev yitmesinde hastaların verileri sağlık durumlarının geliştirilmesi için hastaların (örneğin) ve hastaların ailelerinin bilgilendirilmesi		
	Kuruluşlar / Sorumlular	Dr. Öğr. Üyesi Aylin Akın Sözen / Yeditepe Üniversitesi		
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	25.12.2022		
	Araştırma Protokol Numarası	2022-2/6, 12.04		
	Araştırmanın Türü	Prospektif ☒	Retrospektif ☐	Diğer: ☐
	Araştırmanın Durumları	TÜBİTAK ☐	TNKÜ BAP ☐	Araştırma ☒ Diğer: ☐
	Araştırmanın Bölgesi	1005		
	Araştırmanın Markası	Tek Markalı ☒	Çok Markalı ☐	
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dayanarak ilgili belgeler araştırma/uygulama gerektirir, ancak, araştırma ve yöntemleri dikkate alınarak bilimsel ve sosyal faydaları olup, araştırma/uygulamanın başvuruya dayanarak belirtilen markalarda gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, rapora katılan etik kurul üyesi tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.			

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASLARI	Etik ve Bilimsel Üstünlük Kurulunun Araştırma Hakkında Yürürlükte, İyileştirme Uygulamaları Kurulması
-------------------------------	---

Ünvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlı Alan	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILIR	Biyofizik	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Prof. Dr. M. Metin DÖNME	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Prof. Dr. Saad GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Prof. Dr. Yalçın ALBAYRAK	Bak Sağlığı ve Hastalıkları	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Prof. Dr. Nihal ÖZKAN GÖRDAL	Genel Cerrahi	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Doç. Dr. Ayhan NALBANTOĞULU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Doç. Dr. Sonat Pinar KARA	İç Hastalıkları	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Doç. Dr. Hani TOPÇU	Biyostatistik	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Doç. Dr. Melike JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKÖZ	Tıbbi Biyokimya	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Dr. Öğr. Üyesi Nihal İzzet SAKA	Aile Tıp	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	☐ E ☒ H ☒ İ	☒ E ☒ H ☒ İ	

*: Toplantıda bulunana.

Etik Kurul Başkanı

Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILIR

İmza:

8.2. Ek 2: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Yazısı

TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin kronik hastalık öz yönetimi ve hastalık semptomları üzerine etkisinin değerlendirilmesi" isimli çalışma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın hastanemizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

07.11.2022

Dr. Öğretim Üyesi Aylin AKÇA SÜMENGİN
Sorumlu Yürütücü

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilim

UYGUNDUR

Başhekim

8.3. Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarına Verilen Sağlık Davranışlarını Geliştirme Eğitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi ve Hastalık Semptomları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğretim Üyesi Aylin AKÇA SÜMENGEN

Araştırmanın Amacı:

Kalp yetersizliği, kalbin pompa fonksiyonunun bozulmasıdır ve bu durum ömür boyu devam etmektedir. Kalp yetersizliği olan hastaların evde ilaç kullanımlarına, diyetlerine ve poliklinik takiplerine dikkat etmesi gerekmektedir. Özellikle tedavi ve bakımlarına uyumları çok önemlidir. Hastaların evde kullandıkları ilaç tedavilerine ve diyetlerine uymaması durumunda hastalık şiddetlenebilir ve hastaneye yatış gerekebilir. Dahası hastaların şikayetlerinin artması günlük hayatlarını etkileyebilir ve bu nedenle hasta günlük işlerini yapamaz hale gelebilirler. Bu nedenle kalp yetersizliği hastaların poliklinik takipleri ve evde kullandıkları ilaç tedavilerine uyumları hayati önem taşımaktadır.

Bu bir yüksek lisans tez araştırmasıdır. Kalp yetersizliği hastalığınızla birlikte kaliteli bir yaşam sürmeniz için ve hastalık hakkında doğru bilgi almanız gerekmektedir. Kronik bir hastalıkla sağlıklı biçimde yaşamanız için hastalığınız hakkında ortalama 20 dakika sürecek bir eğitim verilecektir. Eğitimden sonra da siz katılımcılara 10 dakikalık bir anket uygulanacaktır. Sonrasında eve gidebileceksiniz. Doktorunuza kontrol için 1 ay sonra geldiğinizde ise, sizinle benzer biçimde ikinci bir anket çalışması yapacağız.

Bu eğitimin amacı size kalp yetersizliği hastalığıyla daha sağlıklı yaşamının yollarını öğretmektir. Böylece hastalığınızı daha iyi yöneteceğinizi ve yaşam kalitenizin artacağını öngörüyoruz.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Bu araştırmada hastanede yatışı olan kronik kalp yetersizliği olan hastalara taburculuktan önce kısa tanımlayıcı bilgi formu uygulanacaktır. Devamında 20 dakika sürecek olan kronik kalp yetersizliği ile yaşama eğitimi uygulanacak, 1ay sonra kontrol muayenesine geldiğinde 10 dakika sürecek kronik hastalık yönetimi ölçeği ve kalp yetersizliği ile yaşama anketi uygulanacaktır.

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

Alternatif Tedavi veya Girişimler:

Herhangi bir girişim ve alternatif tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Herhangi bir riski bulunmamaktadır

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri:

Herhangi bir ilaç uygulanmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Dr. Öğretim Üyesi Aylin AKÇA SÜMENGİN - +90 216 *** ***_****

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

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

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

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

8.4. Ek 4: Örneklem Hesap Protokolü

GPower Sample Size Calculation

```
[2] -- Tuesday, October 18, 2022 -- 19:18:32
t tests - Means: Difference from constant (one sample case)

Analysis:  A priori: Compute required sample size
Input:     Tail(s) = One
           Effect size d = 0,5
           α err prob = 0,05
           Power (1-β err prob) = 0,95
Output:    Noncentrality parameter δ = 3,3541020
           Critical t = 1,6802300
           Df = 44
           Total sample size = 45
           Actual power = 0,9512400
```

Wang S P, Lin L C, Lee C Met al. . Effectiveness of a self-care program in improving symptom distress and quality of life in congestive heart failure patients: a preliminary study. J Nurs Res 2011; 19: 257-266.

8.5. Ek 5: Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Soru Formu
1)Doğum yılı:
2)Cinsiyet:
3)Medeni durum: Evli Bekar
4)Eğitim durumu: İlköğretim Lise Üniversite ve Üstü
5) Mesleği:
6)Çalışma durumu:
Çalışıyor Çalışmıyor Emekli Hastalığından dolayı çalışmayı bıraktı
7)Alkol kullanımı durumu
Kullanıyor....gün/hafta/ay Kullanmıyor Bırakmış
8)Sigara kullanım durumu
Kullanıyor....gün/hafta/ay Kullanmıyor Bırakmış
9)Kronik kalp yetmezliği hastalığı süresi
.....
10)Son bir yıl içinde kronik kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye kaç defa yatışınız oldu?
0-4 defa 5-10defa 10 ve üzeri
11)Son bir yılda kaç defa acile başvurdunuz?
0-4 defa 5-10 defa 10 ve üzeri
12)Kronik kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalığınız mevcut mu?
Diyabet Hipertansiyon Astım Koah Diğer.....

8.6. Ek 6: Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ))

Son 1 aydır (4 haftadır) yaşamımı istediğim gibi sürdüremiyorum. Çünkü kalp yetmezliğine bağlı;	Hayır	Çok az	Az	Orta	Fazla	Çok fazla
1. Bacak ve ayak bileklerim şişiyor.	0	1	2	3	4	5
2. Gün içinde dinlenmek için oturmak ya da uzanmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
3. Yürürken ya da merdiven çıkarken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
4. Ev ya da bahçe işleri yaparken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
5. Evden uzak yerlere gitmekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
6. Geceleri iyi uyuyamıyorum.	0	1	2	3	4	5
7. Arkadaş ya da aile ilişkilerimde ya da onlarla birlikte olmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
8. Hayatımı kazanmak için yaptığım işleri gerçekleştirmede zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
9. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerimi yapmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
10. Cinsel aktivitelerimi gerçekleştirirken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
11. Sevdiğim yiyeceklerden daha az yemek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
12. Nefes almakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Yorgun, bitkin ya da enerjimin azaldığını hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Hastaneye yatmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
15. Tedavi masrafları için para harcamak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
16. Tedaviye bağlı yan etkiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4	5
17. Aileme ya da arkadaşlarıma yük olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
18. Hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
19. Endişeleniyorum.	0	1	2	3	4	5
20. Dikkatimi toplamada ya da hatırlamada güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
21. Kendimi kederli, üzgün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5

8.7. Ek 7: Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) İzin Yazısı



NİDA DOLAMAN <nida.dolaman@std.yeditepe.edu.tr>

ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

2 messages

NİDA DOLAMAN <nida.dolaman@std.yeditepe.edu.tr>
To: vi

Mon, Oct 10, 2022 at 1:09 PM

Sayın Hocam

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Halen devam etmekte olduğum Hemşirelik Yüksek Lisans programında Kalp yetmezliği hastalarına verilen sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin kronik hastalık öz yönetimi ve hastalık semptomları üzerine etkisinin değerlendirilmesi olan tez çalışmamda Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ölçeğini siz de uygun görürseniz, izniniz olursa kullanmak istemekteyim. Saygılarımla bilgilerinize arz ederim.

Mon, Oct 10, 2022 at 7:54 PM

Sayın Dolaman,

2009 yılı yüksek lisans tez çalışmamda, kültürel uyarlaması-dil eşdeğerliği ile geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığım Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ)'ni çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte anketin türkçe versiyonu ile ankete ilişkin değerlendirme yer almaktadır. Kolaylıklar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Vacide AŞIK ÖZDEMİR

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Rize

8.8. Ek 8: Kronik Hastalık Öz Yönetim Formu

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği		1 = Asla 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık; 5 = Her Zaman				
Kendini Dengeleme	1.Hastalığımın dolayı sosyal ortamlarda utanç duyarım	1	2	3	4	5
	2.Hastalığımın dolayı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum	1	2	3	4	5
	3.Hastalığımın dolayı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5
	4.Hastalığımın dolayı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	1	2	3	4	5
	5.Hastalığımın dolayı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	6. Hastalığımın bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	1	2	3	4	5
	7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum	1	2	3	4	5
Dengelemeye Baş Etme	1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sınırlendirmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	1	2	3	4	5
	4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.	1	2	3	4	5
	5.Arkadaşlarımdan ve ailemden destek isteyebilirim	1	2	3	4	5
Sağlık Bakım Etkinliği	1.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
	2.Kendime iyi bakabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
	4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
Tedavi Uyumu	1.İlacı/tedaviyi unuttur veya ihmal ederim.*	1	2	3	4	5
	2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım*	1	2	3	4	5
	3.Kontrol için doktorum önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum*	1	2	3	4	5
	4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum*	1	2	3	4	5
	5.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum*	1	2	3	4	5

8.9. Ek 9: Kronik Hastalık Öz Yönetim Formu İzin Yazısı



Gmail

NİDA DOLAMAN <n

@std.yeditepe.edu.tr>

ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

2 messages

Mon, Oct 10, 2022 at 12:59 PM

Sayın Hocam

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Halen devam etmekte olduğum Hemşirelik Yüksek Lisans programında Kalp yetmezliği hastalarına verilen sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin kronik hastalık öz yönetimi ve hastalık semptomları üzerine etkisinin değerlendirilmesi olan tez çalışmamda Kronik Hastalık Öz Yönetim ölçeğini siz de uygun görürseniz, izniniz olursa kullanmak istemekteyim. Saygılarımla bilgilerinize arz ederim.

NİDA DOLAMAN

Mon, Oct 10, 2022 at 1:01 PM

Merhaba Sayın Nida hocam,

Türkçeye uyarlamasını yaptığımız "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğini" araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin form halini ve hesaplama yöntemini gönderiyorum. İyi Çalışmalar Dilerim...

8.10. Ek 10: Eğitim Broşürü

KALP YETERSİZLİĞİ



KALP YETERSİZLİĞİ NEDİR ve KİMLERDE GÖRÜLÜR?

Kalp yetersizliği, kalbin pompa fonksiyonunun yetersiz olduğu, diğer bir deyişle, kalbin yeterli miktarda kanı pompalayamadığı anlamına gelir. Kalp yetersizliği, kalbin kanı pompalamada zorlanmaya başlaması ve bunun sonucunda da kalbin yeterince kanı pompalayamadığı anlamına gelir. Kalp yetersizliği, kalbin kanı pompalamada zorlanmaya başlaması ve bunun sonucunda da kalbin yeterince kanı pompalayamadığı anlamına gelir.

Kalp yetersizliği, kalbin pompa fonksiyonunun yetersiz olduğu, diğer bir deyişle, kalbin yeterli miktarda kanı pompalayamadığı anlamına gelir. Kalp yetersizliği, kalbin kanı pompalamada zorlanmaya başlaması ve bunun sonucunda da kalbin yeterince kanı pompalayamadığı anlamına gelir.

Sınıf	NYHA Fonksiyonel Kapasite Sınıflaması (*)
Sınıf I	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
Sınıf II	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
Sınıf III	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
Sınıf IV	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.



KALP YETERSİZLİĞİ TEDAVİSİ





Kalp yetersizliği tedavisinin öncelikli amacı kalp yetersizliğinin gelişmesini ve ilerlemesini önlemek, kalp yetersizliği nedeniyle oluşan hastalıkları önlemek, semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır.

Kalp yetersizliğinin gelişmesini ve ilerlemesini önlemek için en önemli adım tıbbi tedavilerdir. Tedaviler şunlardır:

- Diyet ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri:** Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
- İlaç Tedavisi:** Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
- Ameliyat:** Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.

KALP YETERSİZLİĞİ



KALP YETERSİZLİĞİ NEDİR ve KİMLERDE GÖRÜLÜR?

Kalp yetersizliği, kalbin pompa fonksiyonunun yetersiz olduğu, diğer bir deyişle, kalbin yeterli miktarda kanı pompalayamadığı anlamına gelir. Kalp yetersizliği, kalbin kanı pompalamada zorlanmaya başlaması ve bunun sonucunda da kalbin yeterince kanı pompalayamadığı anlamına gelir.

Kalp yetersizliği, kalbin pompa fonksiyonunun yetersiz olduğu, diğer bir deyişle, kalbin yeterli miktarda kanı pompalayamadığı anlamına gelir. Kalp yetersizliği, kalbin kanı pompalamada zorlanmaya başlaması ve bunun sonucunda da kalbin yeterince kanı pompalayamadığı anlamına gelir.

Sınıf	NYHA Fonksiyonel Kapasite Sınıflaması (*)
Sınıf I	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
Sınıf II	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
Sınıf III	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
Sınıf IV	Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.



KALP YETERSİZLİĞİ TEDAVİSİ





Kalp yetersizliği tedavisinin öncelikli amacı kalp yetersizliğinin gelişmesini ve ilerlemesini önlemek, kalp yetersizliği nedeniyle oluşan hastalıkları önlemek, semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır.

Kalp yetersizliğinin gelişmesini ve ilerlemesini önlemek için en önemli adım tıbbi tedavilerdir. Tedaviler şunlardır:

- Diyet ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri:** Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
- İlaç Tedavisi:** Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.
- Ameliyat:** Tıkalı akciğerde bulunma yoktur. Günlük fiziksel aktiviteyi rahatlıkla yapabilir, herhangi bir sınırlama yoktur.

8.11. Ek 11: Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Nida	Soyadı	Uslu
-----	------	--------	------

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora			
Yüksek Lisans			
Lisans	Hemşirelik	Süleyman Demirel Üniversitesi	2020
Lise	Alanı yok	Tekirdağ Namık Kemal Lisesi	2016

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Sınav Notu (#)
İngilizce	50

Başarılmış birden fazla sınav varsa (KPDS, ÜDS, TOEFL; EELTS vs), tüm sonuçlar yazılmalıdır

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Servis Hemşireliği	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi	13 ay (2021 – devam ediyor)
Servis Hemşireliği	Acıbadem Sağlık Grubu Kadıköy Hastanesi	9 ay (2020 – 2021)
Okul Hemşireliği	Tekirdağ Özel Mektebim Okulları	1 ay (2020 – 2020)

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilimsel Çalışmaları

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Diğer (Görev Aldığı Projeler/Sertifika/Ödülleri)

Okul Hemşireliği Eğitim Sertifikası (24.06.2019 – 02.08.2019 Selçuk Üniversitesi)
Eğitim Hemşireliği Sertifikası (20.05.2019 – 28.06.2019 Selçuk Üniversitesi)
Robotik Kodlama ve Öğretmenliği Sertifikası (22.10.2019 – 22.12.2019 Kocaeli Üniversitesi)
European Language Portfolio (09.07.2018 CODE: TR-ACA-TEK-0718-ENG-756085)