

69648

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**Tez Yöneticis: Doç Dr. Birsen Yürügen**

**KRONİK KALP YETMEZLİKLİ HASTALARIN YAŞAM  
KALİTELERİ VE ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARI**

**DOKTORA TEZİ**

**AYSEL BADIR DURADEMİR**

**İSTANBUL - 1998**

## **İÇİNDEKİLER**

<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1-2</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3-21</b>
<b>3. ARAŞTIRMANIN AMACI</b>	<b>22</b>
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>23-32</b>
<b>5. BULGULAR</b>	<b>33-63</b>
<b>6. TARTIŞMA</b>	<b>64-76</b>
<b>7. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>77-80</b>
<b>8. ÖZET</b>	<b>81-82</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>83-84</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>85-89</b>
<b>10.EKLER</b>	<b>90-98</b>
<b>11.ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>99</b>

# 1. GİRİŞ

---

Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, primer sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasına, erken yaşta ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin uzamasına ve beraberinde kronik hastalıkların insidans ve prevalansında da artmaya yolaçmıştır. Bu nedenlerden dolayı, geçmişte, eğitim, araştırmalar ve sağlık bakımı uygulamaları genellikle akut hastalıklar üzerine odaklanmakta iken, son yıllarda kronik hastalıklara doğru artan bir ilgi ve yönelim izlenmektedir. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yaşamın kalitesi de sorgulanmaya ve yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır (9,10,11,25,39).

Kronik hastalıklar arasında, prevalans ve insidans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kronik kalp yetmezliği (KKY), sık sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır (4,39).

KKY gelişmesini kolaylaştıran faktörler; angina, diyabetes mellitus, kontrolsüz hipertansiyon, kardiyomiyopati, ailede kalp yetmezliği öyküsü, yüksek kolesterol, sigara ve uzun süreli alkol kullanımınıdır (4,39,10,11).

Halsizlik, yorgunluk, solunum güçlüğü, iştahsızlık, alt ekstremitelerde ödem, kilo artışı, günlük idrar miktarında azalma, geceleri sık idrara çıkma, uykusuzluk ve fonksiyonel kapasitede azalma kalp yetmezliğinde sık görülen sorunlardır. Bu sorunlara ilaveten, kontrolün ve üretkenliğin kaybı, ölüm

korkusu, geleceğe yönelik belirsizlikler, yaşam planları ve amaçlarında değişiklikler, aile ve sosyal çevre ile ilişkilerde ve ekonomik durumda değişiklikler KKY olan hastalarda görülebilecek psikososyal sorunlardan bazılarıdır. Bu sorunlarla başa çıkmak ve uyum sağlamak belli bir süreci ve desteği gerektirir ( 11, 18, 20, 21, 25, 39).

KKY, neden olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, yönetimi karmaşık ve zor olan bir hastalıktır. Bu nedenle hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesini, bu bilgilendirme doğrultusunda hastalığa uyum sağlamasını ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasını, planlanan bakıma aktif olarak katılımını ve işbirliğini gerektiren bir hastalıktır. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önemlidir ( 9,10,11 ).

KKY, tedavi ve bakım ile tamamen ortadan kaldırılamadığı için, tedavi ve bakımın amaçlarının; ortaya çıkan fizyolojik ve psikososyal sorunlardan hastanın en az düzeyde etkilenmesini sağlamaya, fonksiyonel kapasiteyi arttırmaya, akut alevlenme dönemlerini ve hastalığın ilerlemesini önlemeye, yaşamın süresini ve kalitesini arttırmaya odaklanması önerilmektedir ( 9,10, 11, 46, 48 ).

Hemşireliğin temel işlevi, sağlam ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardımı sağlıklı bireyin sağlığının sürdürülmesi, hasta bireyin yeniden sağlığına kavuşması için gerekli bilgi, istek ve gücü kazanmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bu işlevler sürdürülürken en önemli amaç bireyin kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamaya yardım etmek olmalıdır (25,54).

Bu doğrultuda kronik bir hastalık olan kalp yetmezliği ile yaşamak durumunda olan bireyin, yaşamını daha üretken, mutlu ve doyumlu olarak sürdürebilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi için en önemli payın kendisine düştüğünü, öz-bakımlarına yönelik gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bu gereksinimlere yönelik olarak desteklenmelerinin gerekli olduğuna inanıyoruz.

## **2. GENEL BİLGİLER**

---

### **2.1 KALP YETMEZLİĞİ**

Kalp yetmezliği; kalbin dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayacak miktarda kanı perifere pompalayamaması sonucu ortaya çıkan klinik bir durum olarak tanımlanabilir. Kalp yetmezliği başlı başına bir hastalık olmayıp, çeşitli kalp hastalıklarının miyokardın fonksiyonunu bozarak yol aıtıkları ortak bir klinik tablodur. Ancak miyokard yetersiz duruma dūřmeden de kalp kasının ani olarak yük altında kalması sonucu kalp yetmezliği gelişebilir (4,38,39,53).

Dünya'da ve ölkemizde kalp hastalıkları önde gelen mortalite ve morbidite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 1994 yılı verilerine göre, "Seçilmiş 50 Neden ve Cinsiyete Göre Ölümler" tablosunda 989 erkek ve 840 kadının kronik romatizmal kalp hastalığından, 632 erkek ve 761 kadının hipertansiyondan, 5661 erkek ve 2262 kadın iskemik kalp hastalığından, 31772 erkek ve 26609 kadının kalbin diğer hastalıklarına bağlı olarak yaşamını yitirdiği rapor edilmiştir ( 52 ). Bu tabloda kalp yetmezliğinden ölümler ayrı bir başlık halinde ele alınmamakla birlikte listede yer alan hastalıkların kalp yetmezliğinin en yaygın ve önemli nedenleri arasında yer aldığı literatürde belirtilmektedir ( 4,25,39 ). Kalp hastalıklarının tedavisi ve önlenmesindeki büyük ilerlemelerle Amerika Birleşik Devletleri'nde

akut miyokard infarktüsü ve inmelerden dolayı mortalite oranında önemli bir azalma olmasına rağmen, son yıllarda kalp yetmezliği insidensinde ve prevalansında artma görülmektedir. Amerikan Kalp Birliği'nin raporunda; 2,5-3 milyon Amerikalı'nın KKY ile yaşamını sürdürdüğü, yılda ortalama 37.371 hastanın kalp yetmezliği nedeni ile yaşamını yitirdiği ve her yıl yeni 400.000 hastanın insidense ilave olduğu sunulmuştur ( 4,39 ). Bu artışta teknolojik gelişmelere paralel olarak erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanımı ile romatizmal ve iskemik kalp hastalıklarından erken yaşta ölümlerin önlenmesinin ve yaşam süresinin uzamasının önemli payı olduğu literatürde belirtilmektedir ( 2,4,25,39 ).

KKY'li hastalar 65 yaş üzeri kronik hastaların hastaneye yatış çıkış sıklığı açısından birinci sırada yer almaktadır. Ayrıca bu hastaların mortalite oranı da oldukça yüksektir. Beş yıllık mortalite oranı erkeklerde % 60, kadınlarda % 45'tir. Eğer hasta NewYork Kalp Birliği (NYKB) fonksiyonel sınıflamasına göre Sınıf 4'te yer alıyorsa yıllık mortalite oranı % 50'ye yakındır. Bu bulgular, kalp yetmezliğinin önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunun göstergeleri olarak kabul edilebilir (9,11,46).

Kalp yetmezliğinin en yaygın nedeni koroner arter hastalığıdır ve miyokard infarktüsü kalp yetmezliği gelişme riskini 4-6 kez arttırmaktadır. Kalp yetmezliği gelişimini kolaylaştıran en önemli faktörler; angina, diyabetes mellitus, kontrolsüz hipertansiyon, kardiyomiyopati, ailede kalp yetmezliği öyküsü, yüksek kolesterol, sigara ve uzun süreli alkol kullanımınıdır (4,39).

Kalp yetmezliğinin en yaygın belirti ve bulguları; halsizlik, yorgunluk, solunum güçlüğü, iştahsızlık, alt ekstremitelerde ödem, kilo artışı, günlük idrar miktarında azalma ve geceleri sık sık idrara çıkma, uykusuzluk, fonsiyonel kapasitede azalma olarak sıralanabilir. Bu fiziksel sorunların yanısıra hastalık bazı psikososyal sorunları da beraberinde getirir. Kontrolün ve üretkenliğin kaybı, ölüm korkusu, geleceğe yönelik belirsizlikler, yaşam planları ve amaçlarında değişiklikler, aile ve sosyal çevre ile ilişkilerde değişme ve ekonomik durumda değişiklikler kronik bir hastalıkla birlikte yaşamak zorunda olan hastalarda ortaya çıkan sorunlardan bazılarıdır. Bu sorunlara uyum

sağlayabilmek belli bir süreci ve desteği gerektirmektedir (4,9,10,18,20,21,25,39).

Geçmişten günümüze kadar bu önemli sağlık sorununun gelişimi ile ilgili bazı modeller üzerinde durulmaktadır. Son yıllarda daha çok kabul görüp benimsenmeye başlanan nörohumoral model hem semptomların tedavisine katkıda bulunmayı hem de mortaliteyi azaltmayı amaçlamaktadır ( 25,39,53).

KKY'de aktif hale geçen nörohumoral sistemlerden sempatik sinir sistemi ve Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi (RAAS) hem semptomların ortaya çıkmasında hem de ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır. Anjiyotensinojen karaciğerde sentez edilen bir alfa 2 globulindir. Renin enziminin etkisi ile anjiyotensin I sentezi oluşur. Anjiyotensin I Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim etkisi ile Anjiyotensin II'ye dönüşür. Anjiyotensin II kuvvetli bir vazokonstriktördür ve aynı zamanda aldosteron salgılanmasını da artırarak sodyumun geri emilimini artırır, dolaylı olarak da potasyum atılımı artmasına yol açar. Bunlara ilaveten Anjiyotensin II norepinefrin salınımını uyarır ve adrenerjik tonusu arttırmaktadır. RAAS ve Anjiyotensin II vazodilatatör etki gösteren ve renin salgılanmasını inhibe eden atrial natriüretik peptid etkisini de azaltır. Ayrıca endojen vazokonstriktör olan endotelin seviyesini artırır. Tüm bu değişiklikler yetersiz kalpte debiyi yükseltmeye yönelik olmakla birlikte zamanla klinik tablonun ağırlaşmasına ve miyokard oksijenasyonunun bozulmasına, dolayısıyla miyokard performansının düşmesine yolaçar. Kalp yetmezliğinde debi düşmesine bağlı ortaya çıkan RAAS aktivasyonu sonucu vazokonstriksiyon artar, refleks olarak norepinefrin artışı olur, vucutta tuz ve su tutulumu artar. Bu faktörlerde ilk ikisi "afterload"u (kalbin önündeki yük) arttırmaları ve kalp debisinin daha da fazla düşmesine neden olurlar. Üçüncüsü ise "preload"u (kalbe gelen yük) arttırarak miyokard duvar gerilimini arttırmakta ve buna bağlantılı olarak miyokardın oksijen gereksinimini olumsuz yönde etkileyerek miyokardın iş gücünü azaltmaktadır (4,36,37,38,39,53).

KKY'nin tedavisinde yaygın olarak diüretikler, dijital glikozidleri, vazodilatatörler, ACE inhibitörleri kullanılmaktadır. KKY'de başlangıçta düşük kalp debisi nedeniyle renal kan akımının azalması sonucu RAAS devreye girer.

Bu bir kompensasyon mekanizmasıdır ve Frank Starling Kanunu'na göre preload'u arttırarak kalbin verimli çalışmasını arttırmayı amaçlar. Ancak sol ventrikül diyastol sonu basıncı 18 mmHg'yi aşınca kalp yetmezliği semptomları belirgin hale gelmeye başlar. Diüretikler, su ve tuz atılımını sağlayarak preload'u ve kalbin iş yükünü azaltırlar. Dijital glikozidlerinin, kalp üzerine miyokardın kontraksiyon gücünü arttırıcı (pozitif inotropik), sinus düğümü otomasitesini azaltıcı (negatif kronotropik) ve A-V iletiyi azaltıcı (negatif dromotropik) etkisi vardır. KKY tedavisinde tercih edilecek ilk ilaç olarak diüretikler artık yerini ACE inhibitörlerine bırakmaktadır. Kalbin performansını etkileyen kontraktilite, kalp hızı, preload, afterload gibi faktörler gözönüne alındığında ACE inhibitörlerinin KKY tedavisindeki önemi daha iyi anlaşılabilir. ACE inhibitörlerinin KKY ve ani ölüm riskini de azalttığını gösteren çeşitli araştırmalar bulunmaktadır ( 42,45,57). Kalbin çalışmasını belirleyen en önemli unsurlardan birisi de periferik damar yatağındaki dirençtir. Bu direçteki değişiklikler preload ve afterload'u etkileyebilir. Hem venöz hem de arterioler sistemdeki direnç/tonus değişikliklerinde kalbin performansını belirleyen diğer iki mekanizma kalp hızı ve kontraktilite devreye girer. Vazodilatatör ilaçların sadece venöz sisteme ya da sadece arterioler sisteme etkili olanları ve kombine etkili olanları bulunmaktadır (4,25,36,37,39,53).

## **2.2. KRONİK KALP YETMEZLİĞİ ve YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

Son yıllarda kardiyovasküler alandaki ilerlemeler artmaktadır. Karmaşık teknolojik yaklaşımlar, artan bilgi birikimi, yeni tedavi ve girişimlerin kullanılması her yıl bir çok yaşamın kurtarılmasını ve yaşam süresinin uzamasını sağlamaktadır. Ancak yaşam süresinin uzaması, yaşamın kalitesinin de artmasını beraberinde getirmemektedir. Bu yüzden yaşam kalitesi(YK) kavramı araştırmacılar ve klinisyenler tarafından yoğun olarak ilgilenilen bir kavram haline almıştır.

Bir çok yazar ve düşünür tarafından, tarih boyunca ve tüm kültürlerde yaşam kalitesi kavramından "İyi yaşam" olarak söz edilmiştir. Ancak sağlık



alanında yaşam kalitesi kavramından 1970'lerden sonra sıkça söz edilmeye başlanmış ve her yıl bu konu ile ilgili yayınlar artmış ve ayrı bir başlık olarak incelenmeye başlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı, 1993-94 yılları arasında 2100'den fazla tıp literatüründe konu ve anahtar kelime olarak kullanılmıştır (30). Kronik hastalıkların prevalansı ve insidansının giderek artması, yeni tedavi ve girişim seçeneklerinin ortaya çıkması bu ilgi artışının önemli nedenleri arasında gösterilmektedir. Yaşam süresi üzerine benzer etkiye sahip fakat yaşam kalitesi üzerine farklı etkileri olan tedavi seçeneklerinden haberdar olan aydın tüketiciler tüm benzer tedavi seçenekleri hakkında bilgi almak istemektedirler. Tedavinin maliyet-etkililiği araştırılmasına önem verilmesi de YK kavramına artan ilginin bir diğer nedeni olarak gösterilmektedir (19,20,21,30,32,47 ).

Yaşam kalitesine ilişkin henüz yapılmış standart bir tanım bulunmamaktadır. Kavramın çok yönlü ve subjektif oluşundan dolayı tanımlamak oldukça güçtür. Yaşama yüklenen anlam, bireylere, toplumlara, ve dönemlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Yaşam kalitesine yönelik olarak farklı disiplinlerce yapılan çalışmalarda kavram farklı bakış açılarıyla ele alınabilmektedir. Ekonomik yönden yaşam kalitesini tanımlamaya çalışan araştırmacılara göre, teknolojik ve ekonomik gelişme yaşam kalitesini sağlayacak olan önemli ögeler olarak gösterilmektedir. Psikolojik açıdan YK ise, bireylerde gerginliğe neden olan yaşam olaylarına karşı tepkilerini mutluluk ve doyumunu içeren bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilgili YK çalışmalarında da birbirinden farklı tanımlar yer almaktadır. Dean'in yazısında belirttiği gibi Calman, YK'ni bireyin deneyimi ve beklentileri ile var olan ve algılanan amaçlar arasındaki fark olarak tanımlamıştır (8). Cella ve Cherin (15) YK'ni hastaların şu andaki fonksiyonel düzeyi ile onların olası veya ideal olarak algıladıkları şeyi karşılaştırmaları ile hastanın doyumunu gösteren çok boyutlu bir yapı olarak tanımlarken, Schron ve Shumaker (43), YK'ni bireyin psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlık durumunun tam olmasını kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamışlardır. Bazı araştırmacılar ise kavramın çok boyutluluğunu sınırlandırmak için sağlığa ilişkin yaşam kalitesi tanımının kullanılmasının üzerinde durmaktadırlar (16,19,30).

Yaşam kalitesinin tanımına ilişkin bir fikir birliği olmamasına karşın araştırmacılar yaşam kalitesinin 3 boyutu üzerinde görüş birliği içerisinde. **Yaşam kalitesi; bir çok faktörü içeren, subjektif ve dinamik bir kavramdır** (8,14,15,16,19,30, 43,49).

Tanımlama zorluğunun yanı sıra kavramın boyutlarını belirleme zorluğu da yaşanmaktadır. Araştırmacılar tarafından YK'nin boyutlarına ilişkin bir çok sınıflama yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir. Schipper ve arkadaşları (43) yaşam kalitesini etkileyebilen fiziksel ve mesleki durum, psikolojik durum, sosyal etkileşim, somatik duyarlılık olarak 4 boyut önermişlerdir.

Spitzer (30), kavramın tanımının içermesi gereken 5 boyutu şu şekilde sıralamıştır:

1. Fiziksel işlev
2. Sosyal işlev
3. Emosyonel/Mental durum
4. Semptomların etkisi
5. Algılamalar ve iyilik hali

Grady'nin yazısında belirttiği gibi, Aaronson ve arkadaşları, fonksiyonel durum, psikolojik ve sosyal iyilik hali, sağlık algılamaları, hastalık ve tedavi ile ilgili semptomları da YK tanımının içine almışlardır. Bu alanlar özel hasta gruplarını incelemek ve özel araştırma sorularını yöneltmek için alt gruplara ayrılabilir. Wenger, tarafından fonksiyonel kapasite, algılamalar, semptomlar-semptomların sonuçları olarak YK'nin 3 bileşeni tanımlanmıştır (19).

Kinney'in yazısında belirttiği gibi, Cella ve Tulsy tek bir boyut ele alınarak tanımlama yapılmaması üzerinde önemle durmuş, Ware ise, YK'ni ölçmek için 5 unsur tanımlamıştır. Bu unsurlar (30):

1. Hastalık,
2. Kişisel işlev,
3. Psikolojik distres/iyilik hali,
4. Genel sağlık algılamaları,
5. Sosyal rol işlevidir.

**YK boyutlarının tanımlanması çalışmalarında ortak olan konular, sağlık, fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, ve sosyal etkileşimdir.** Bu boyutlar hem öznel hem de algısal YK verilerini sağlamaktadır. Bunlara ilaveten hastalığın gelişimine ilişkin bir bilgi edinmek için hasta kayıtları ve sağlık bakımı verenlerden elde edilen veriler de toplanabilir. Bu veriler hastalığın hastanın YK üzerine etkisi hakkında farklı bulguların elde edilmesini sağlayabilir (19,30,44).

**Çok boyutlu oluşunun yanısıra YK'nin diğer iki önemli özelliği de nesnel (subjektif) ve dinamik (zaman içinde değişen) oluşudur.** Hasta yakınları ya da bakım veren bireylere göre YK verileri için en iyi ve doğru kaynak hastanın kendisi olmalıdır. Çünkü bu onun yaşam deneyimidir ve bir hastalık, tedavi ya da girişimin onun hayatını nasıl etkilediği ancak ona sorularak öğrenilebilir (14,19,30,43,49).

YK ölçümünde önemli diğer bir sorun da kavramın nasıl ölçülebileceği ile ilgilidir. YK ölçümünde ilk yapılması gereken yaşam kalitesi ölçümünün hangi boyutları içereceğinin belirlenmesidir. Stewart (48), boyut seçiminde aşağıdaki faktörlerin gözönüne alınması gerektiğini vurgulamıştır:

- Hastalığın belirti ve bulguları, prognozu, akut ya da kronik oluşu, yoğunluğu,
- Tedavi şekilleri, ilaçlar, girişimler,
- Araştırmanın amacı ve araştırma hipotezi.

Buna ilave olarak tek ölçeğin mi, birden fazla ölçeğin mi kullanılacağına karar verilmesi de önemli bir diğer sorundur. **YK ölçümlerinde genellikle 3 tür ölçek kullanılmaktadır** (8,14,15,16,19,26,30,49):

- Genel ölçekler (Geniş kapsamlı)
- Hastalığa özgü ölçekler
- Araştırmaya özgü ölçekler

Genel ölçeklerin içeriği ve uygulama alanları geniştir ve farklı gruplara ve hastalıklara uygulanabilir. Bu tür ölçeklerin sakıncası, özel hasta grupları ve uygulamaları için duyarlılıklarının düşük olmasıdır. Hastalığa özgü olarak

geliştirilen ölçeklerin sakıncası ise, karşılaştırmalı çalışmalar için uygun olmamalarıdır (15,16,30).

Schipper ve Lewitt (43) klinik araştırmalarda YK ölçümünde kullanılacak ölçeğin seçiminde bazı temel özellikleri şu şekilde sıralamışlardır:

- Ölçek, hastanın tanısını gözönüne almalı ve hastalık grupları içindeki fonksiyonel durumları ayırtmaya odaklanmalı,
- Yaşam kalitesini çok boyutlu olarak irdeleyebilmeli,
- Uygulanması kolay olmalı, hasta kendisi de doldurabilmeli,
- Aralıklı olarak kullanılabilir olmalı, böylece zaman içinde oluşan değişiklikler izlenebilmeli, herhangi bir girişimin sonuçları değerlendirilebilmeli,
- Yeterli geçerlik ve güvenilirliğe sahip olmalı,
- Hastadaki çok küçük değişikliklere bile duyarlı olmalıdır.

Guyatt ve arkadaşları (20,21) ise, YK ölçme amacı ile kullanılacak ölçeğin özelliklerini şu şekilde sıralamışlardır :

- Ölçek sağlığın fiziksel ve emosyonel yönlerini içermeli,
- Seçilecek maddeler hastalık yönünden önemli olan fonksiyonel alanları içermeli,
- Ölçek geçerli olmalı sağlık durumunun subjektif yönlerini yansıtmalı,
- İstatistiksel analizler için puanlaması uygun olmalı,
- Yeterli güvenilirliğe sahip olmalı,
- Maliyet ve doldurma kolaylığı açısından kısa ve öz olmalı,
- Etik olarak uygun bir içeriğe sahip olmalıdır.

Ortaya çıkardığı bir çok fiziksel ve psikososyal sorunlar ve yaygın görülen bir hastalık olması nedeni ile KKY'si olan hastalar üzerinde bir çok yaşam kalitesi çalışması yapılmış ve yapılmaktadır. Bu çalışmalar üç başlık altında incelenebilir (8,14,15,16,19,20,43,48,49):

1. Deneysel tıbbi girişim yapılan hastalarda yapılan çalışmalar,
2. Yardımcı mekanik alet takılan hastalarda yapılan çalışmalar
3. Kalp transplantasyonu yapılan hastalarda yapılan çalışmalar

Kalp yetmezliğinde en sık kullanılan ölçekler; Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile), Duygu Durumu Profili (Profile of Mood States), Spielberger Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory), Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness), Lough'ın Yaşam Kalitesi Sorgulama Formu, (Lough's Quality of Life Questionnaire), Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory)'dir (Tablo 1)(8,15,16,19,30,49,56).

Grady'nin yazısında belirtildiği gibi, Muirhead ve arkadaşları, transplantasyon için bekleyen KKY'li hastalarda, solunum sıkıntısı ve yorgunluğu en sık görülen ve rahatsız edici fiziksel sorunlar olarak, anksiyete, depresyon ve somatizasyonu ise en sık rastlanan psikolojik sorunlar olarak saptamışlardır(19).

Grady ve arkadaşları (19), kalp transplantasyonu için bekleyen 175 KKY'li hastada, yorgunluk, egzersiz dispnesi ve uyuma güçlüğü'nün en sık ve rahatsızlık verici semptomlar olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca hastalarda semptomların artmasıyla fonksiyonel yetersizlik, yaşam doyumu ve yaşam kalitesinde düşme arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Dracup ve arkadaşları (10), ileri düzeyde kalp yetmezliği olan ve transplantasyon için bekleyen 134 hastayı kapsayan araştırmalarında, YK'ni fonksiyonel kapasite, fiziksel belirtiler, emosyonel durum ve psikososyal uyum olmak üzere dört boyutu kapsayacak şekilde incelemişlerdir. Bu çalışmada, New York Kalp Birliği Fonksiyonel Kapasite sınıflaması ile MET (Metabolic Equivalent) düzeyleri ve altı dakikalık yürüme testi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastaların % 43'ünde orta düzeyden ağır düzeye doğru anksiyete, düşmanlık ve depresyon belirlenmiştir. Anksiyete, depresyon ve düşmanlık puanları ile hastalığı psikososyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca hastaların sağlık bakımına oryantasyon, seksüel ilişkiler, sosyal çevre,ve psikolojik baskı boyutlarında hastalığa kötü uyum gösterdikleri belirlenmiştir.

**Tablo 1 : KKY'de Yaşam Kalitesi Ölçümü Amacı İle 2 ya da Daha Fazla Araştırmada Kullanılmış Ölçekler**

<b>Kullanılan Ölçek</b>	<b>Çalışma Sayısı</b>	<b>Ölçülen Yaşam Kalitesi Boyutları</b>
Hastalık Etki Profili	5	12 alan içinde değerlendirilen psikolojik ve psikososyal yetersizlikler
Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği	4	Psikososyal
Duygu Durumu Profili	3	Anksiyete, depresyon, konfüzyon, düşmanlık, yorgunluk, duygu durumu, enerji
Nottingham Sağlık Profili	3	Ağrı, fiziksel hareket, uyku, emosyonel reaksiyonlar, sosyal izolasyon, enerji
Spielberger Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri	3	Anksiyete
Lough Yaşam Kalitesi Sorgulama Formu	3	Yaşam kalitesi, yaşam doyumu, belirtiler, yaşam değişikliği
Beck Depresyon Envanteri	2	Depresyon

İngiltere Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bölümü ( The Department of Health and Social Security in England) 1985 yılında kalp transplantasyonun yararları ve maliyetine ilişkin iki merkezde yürüttüğü çalışmada, Nottingham Sağlık Profilini kullanarak transplantasyon öncesi ve sonrası hastaların hastalıktan etkilenme düzeylerini ve yaşam kalitelerini değerlendirdiklerinde, hastaların en fazla enerji, uyku, fiziksel hareket, ve özellikle sosyal izolasyon boyutlarında etkilendiğini saptamışlardır ( 22,24 ).

O'Brien ve arkadaşlarının (22), Nottingham Sağlık Profilini kullanarak kalp ve akciğer transplantasyonu öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmada, transplantasyon öncesi hastaların enerji, fiziksel hareket, emosyonel reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve ağrı boyutlarında

hastalıktan etkilendiklerini ve en fazla etkilenmenin enerji boyutunda, en az etkilenmenin ise, ağrı boyutunda olduğunu belirlemişlerdir. Transplantasyon sonrası yaptıkları ölçümlerde hastalıktan etkilenmenin azaldığını göstermişlerdir.

Aravot ve arkadaşlarının (3), 60 yaş üzeri ve ileri düzeyde kalp yetmezliği olan 25 hasta üzerinde transplantasyon öncesi ve sonrası Nottingham Sağlık Profiliğini kullanarak yaptıkları araştırmalarında, transplantasyon öncesi hastaların fiziksel hareket, enerji, uyku, emosyonel reaksiyonlar, sosyal izolasyon, ve ağrı boyutlarında yüksek düzeyde etkilenme yaşadıklarını ve ameliyat sonrası bu etkilenmelerin azaldığını saptamışlardır.

Durna (13)' nın kanserli hastada yaşam kalitesi ve bakım gereksinimlerinin saptanması amacıyla yaptığı çalışmasında, hastaların fonksiyonel, fiziksel ve duygusal iyilik puanları düşük olarak belirlenmiştir.

Pınar (40) diyabetes mellitusu olan 134 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında, hastaların cinsiyetleri, sosyal güvencenin olup olmaması, yaşama durumları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki bulunmazken, hastaların yaşı ile yaşam kaliteleri arasında negatif, eğitim durumu, gelir durumu, hastalık semptomlarını deneyimleme sıklığı ve düzenli kontrol alma ile yaşam kaliteleri arasında paralel bir istatistiksel anlamlılık belirlemiştir. Yine öz-bakım ile YK arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmuştur.

### **2.3. KRONİK KALP YETMEZLİĞİ ve ÖZBAKIM**

Kalp yetmezliğinin başarılı bir şekilde yönetimi hastalar ve ailelerinin de bakıma önemli ölçüde katılımlarını ve işbirliğini gerektirmektedir. İlaçlar, diyet ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik olarak, hastaların arzu ettikleri, gelenekleri kültürel yapıları ile çatışmalar yaratabilecek değişiklikleri gerektirebilir. Hastalığa ve tedaviye uyumda yetersizlik, gereksiz hastane yatışları, yaşam kalitesinde düşme ve erken ölümlere yolaçabilir. Hastalığa psikososyal uyum hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerden etkilenebilir. Aynı şekilde hastalığa psikososyal uyumun iyi ya da kötü oluşuda hastalığın seyrini etkileyebilir (9,11,17,31)

Adaylar (1) kronik hastalığı olan 60 hasta ile yaptığı çalışmasında, hastaların hastalığa kötü psikososyal uyum gösterdiklerini, bunun sonucunda sağlık kurumlarına daha sık başvurmak durumunda kaldıklarını, hastalığın prognozunun iyi olmadığını, bağlantılı olarak fiziki yetersizlik, sosyal izolasyon içinde olduklarını, gelecek ile ilgili ümitlerinin az olduğunu, durumu kabullenme ve amaçlarını değiştirme eğiliminde olduklarını, başa çıkma mekanizmalarını yeterince kullanmadıklarını, öz-bakım konusunda yanlış ve yetersiz tutum gösterdiklerini ve genel hal ve tavırlarından memnun olmadıklarını belirlemiştir.

Hemşire kuramcı Dorethea Orem'in Hemşirelik Kuramı, özellikle kronik hastalığı olan bir bireyin bakımında oldukça sık kullanılmaya ve kabul görmeye başlamıştır. Orem, öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirterek, öz-bakım yeteneklerini sınırlayan durumları ve öz-bakım yetenekleri sınırlı olan bireylere yardım etme yöntemlerini tanımlamıştır. Orem'in genel hemşirelik kuramı yaşam için öz-bakımın niçin gerekli olduğunu belirleyen "Öz-Bakım Kuramı", hemşireliğe neden ve ne zaman gereksinim duyulduğunu açıkladığı "Öz-Bakım Yetersizliği Kuramı" ve insanlara nasıl yardım edilebileceğini açıkladığı "Hemşirelik Sistemleri Kuramı" olmak üzere üç kuramdan oluşmaktadır. Kuramda, öz-bakım, öz-bakım gücü, tedavi edici öz-bakım gereksinimi, öz-bakım yetersizliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemleri olmak üzere 6 kavram yer alır (25,35,54).

Öz-bakım, "Yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinlikler" olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle erişkin bir bireyin kendi sağlığı ve iyilik halini koruma ve sürdürmeye yönelik aktivitelere sürekli olarak katılımıdır. Öz-bakım insan, çevre, kültür ve günlük yaşamın değerleri gibi etmenlerle ilişkili bir kavramdır. İnsan kavramı onun içsel, bedensel ve sosyal doğasını içerir. Orem'e göre bireyin işlevselliği onun çevresi ile bağıntılıdır. Kültür kavramı ise, bireyin öz-bakım için gereksinimlerini karşılama biçimi içgüdüsel olmaktan çok kültürel kökeninden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranıştır. Aile de bireylerin günlük yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır ve bireyin sağlığı bozulduğunda tüm eylemlerin odağı



haline gelebilir. Ayrıca öz-bakım bireyin sadece aile içindeki konumundan etkilenmekle kalmaz bireyin oynadığı rol, yaş ve sağlık durumundan da etkilenir. Orem'in kuramında birey öz-bakım ajanı olarak tanımlanır. Orem evrensel öz-bakım ve sağlıktan sapmalarda öz-bakım olarak iki çeşit öz-bakım tanımı yapmaktadır. Evrensel öz-bakım gereksinimleri bireyin günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan temel gereksinimleridir. Yeterli hava, su, besin alımının sürdürülmesi, boşaltım işlevinin sağlanması, aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanması, yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi, bireyin yaşamı, işlevselliği ve iyilik durumuna yönelik risklerin önlenmesi, sosyal gruplar içinde işlev görmesi ve bunun geliştirilmesi evrensel öz-bakım gereksinimlerini oluşturmaktadır. Orem sağlıktan sapmalarda öz-bakımı ise, "Yalnızca rahatsızlıklar, sakatlıklar ve hastalık olaylarında" olarak tanımlamaktadır. Sağlıktan sapma durumlarında bireylerin bakım ve tedavi için araştırma yapmaları, bakıma katılmaları öz-bakım eylemlerini oluşturmaktadır. Orem, hastalıklardan korunma ve sağlığı sürdürme için gerekli tüm öz-bakım eylemlerini "Terapotik öz-bakım gereksinimi" olarak tanımlamaktadır. Bu gereksinim bireylerin sağlıklarını ve iyilik hallerini sürdürmek için yapmak zorunda oldukları tüm eylemleri içerir. Orem'in kuramının önemli olan bir kavramı da "Öz-bakım gücü"dür. Bireyin yaşamını ve sağlığını sürdürebilmesi için gerekli etkinlikleri başlatabilmesi ve uygulayabilmesi yeteneğidir. Diğer bir tanımlama ile öz-bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için kendi yaşam sürecini düzenlemesini ve geliştirmesini sağlayan bireyin karmaşık ve kazanılmış yeteneğidir. Sürekli gelişme ve değişme gösteren bu yetenek merak, eğitim, deneyim ve zihinsel performans gibi faktörlerden etkilenmektedir (4,35,39,54).

Bireyin gereksinimleri bireyin gücü ya da beceri yeteneğini aşan bir düzeyde ise, "Öz-bakım yetersizliği" ortaya çıkacaktır. Öz-bakım yetersizliği öz-bakım gücü ile terapotik öz-bakım gereksinimi arasında bir dengesizlik olduğu zaman ortaya çıkmaktadır. Bireyin öz-bakım yetenekleri ile gereksinimleri arasında bir dengesizlik olduğunda hemşirelik girişimine gereksinim ortaya çıkmaktadır. Orem'e göre hemşirelik; "Tıbbi bakıma katılmada ve öz-bakım

gereksinimlerini karşılamada yetersizliklere sahip olan yardıma gereksinim duyan bireylere yapılan bir yardım" şeklindedir. Hemşirelik, sağlıkla ilgili bakımlarını uygulamada kısmen ya da tamamen yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlamada bir araç olarak görülmektedir. Hemşirenin gereksinim duyan bireye yeterli bir şekilde yardım yapabilmesi onun yeteneği ve gücüne bağlıdır. Hemşirelik gücünün amacı; terapötik öz-bakım gereksinimlerini belirleme ve gidermede insanlara yardımdır ve bu amacın üç önemli ögesi vardır. Bu ögeler (35) :

1. Hastanın terapötik öz-bakımıyla başa çıkmasına yardım etmek,
2. Hastayı öz-bakım eylemlerini bağımsızca yapabilmesi için yönlendirmek,
3. Uygun hemşirelik yönetimi ve danışmanlığı ile hastanın bakımını sağlama ve sürdürmede aile ya da bakımdan sorumlu kişilere yardımcı olmaktır.

Orem, sağlam ya da hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için düzenleyici 3 tür hemşirelik sistemi tanımlamıştır (35,54) :

1. Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi
2. Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi
3. Destekleyici-egitimsel hemşirelik sistemi

Hemşirelik sistemi, öz-bakımı kimin gerçekleştireceğine bağlı olarak seçilmektedir. Uygun hemşirelik sisteminin seçimi uygun yardım etme yöntemlerinin seçimini de gerektirmektedir. Orem'in kuramında beş farklı yardım etme yöntemi bulunmaktadır. Bunlar (35,54):

1. Birey adına davranmak ya da yapmak,
2. Bireye rehberlik etmek,
3. Bireyi fiziksel ya da psikolojik olarak desteklemek,
4. Bireysel gelişmeyi sağlayan bir çevre oluşturmak
5. Bireye eğitim yapmak

Kronik bir durum olan kronik kalp yetmezlikli hastalarda hastanın fiziksel , sosyal, duygusal durumuna göre seçilecek uygun bir hemşirelik sistemi

ve yardım yönteminin saptanmasında Orem'in kuramından yararlanılarak bakım sağlanabilir.

Amerika'da Sağlık Bakım Politikaları ve Araştırma Kurumu (The Agency Health Care Policy and Research ) 1994 yılında, kronik kalp yetmezlikli hastaların bakımında rol alan tüm disiplinlerin katıldığı bir panel düzenleyerek ortak bir klavuz yayınlamıştır. Bu panelde, hemşirelik bakımına yönelik olarak yapılan en önemli öneri, hasta ve ailenin hastalığa uyumunu sağlamak için bakıma dahil edilmeleri ve öz-bakımlarına yönelik eğitilmelerinin gerekliliğidir ( 9,11,12 ).

Ghali ve arkadaşlarının (17), kronik kalp yetmezliğinde dekompansemana yol açan faktörleri belirlemek için 101 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların ortalama olarak yılda üç kez hastaneye yattıklarını belirlemişlerdir. Hastaların % 93'ünde kalp yetmezliğinde dekompansemana yol açan faktör belirlenirken, verilen tıbbi tedaviye bağlı kalmama en önemli faktör olarak % 63 oranında bulunmuştur. % 22'sinde diyetle uymama, % 6'sında ilaçları kullanmama, % 37'sinde hem diyetle hem de ilaçlara uymama belirlenmiştir. Vinson ve arkadaşlarının (11) çalışmasında ise, kalp yetmezliği nedeni ile hastaneye yatırılan hastaların % 27'sinin 90 gün içinde tekrar hastaneye başvurduğu ve bu başvuruların en önemli nedeninin diyet ve ilaçlara uyumsuzluk olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmalar hastaların hastaneye yatışlarının azaltılmasında eğitilmeleri ve desteklenmeleri gerektiğini vurgulamaktadır.

Kalp yetmezliği tanısı koyulan hastalar, hastalık, nedenleri, olası belirti ve bulguları, hastalığın ilerlediğini ve kötüleştiğini gösteren belirti ve bulgular, ilaçların kullanımı, etki ve yan etkileri, aktivite ve dinlenme, diyet, prognoz gibi hastalığa uyumu gerektiren konularda eğitilmeli ve desteklenmelidirler (2,11, 12, 34, 39 ).

## KKY'LI BİR HASTAYA/AİLESİNE YA DA BAKIM VEREN BİREYE EĞİTİM VE DANIŞMANLIK İÇİN ÖNERİLEN KONULAR (12) :

### Genel danışmanlık

- Kalp yetmezliğinin tanımı, nedenleri, fizyopatolojisi, belirti ve bulguları,
- Kalp yetmezliğinin ağırlaştığını gösteren belirti ve bulgular,
- Belirti ve bulgular artarsa ne yapılacağı,
- Günlük kilo ve sıvı izlemenin önemi,
- Tedavi/Bakım Planı,
- Tedavi/Bakım planı içinde hasta ve ailenin yeri ve önemi,
- Sigarayı bırakmanın önemi.

### Diyet Önerileri

- Sodyum kısıtlamasının önemi ve nasıl yapılacağı,
- Aşırı sıvı alımının önemi ve nasıl kısıtlanacağı,
- Alkol alımının kısıtlanması ya da tamamen bırakılmasının önemi.

### Aktivite- Dinlenme

- Boş zaman değerlendirme, iş, eğlence ve spora yönelik öneriler,
- Egzersizin önemi ve nasıl yapılacağı,
- Dinlenmenin önemi,
- Seksüel sorunlar ve başa çıkma yolları.

### İlaçların Kullanımı

- Yaşam süresi ve yaşam kalitesine etkileri,
- Doz, kullanım programı,
- Yan etkileri ve yan etkiler oluşursa ne yapılacağı,
- İlaç dışı tedavi ve yaklaşımlar.

### Prognoz

- Beklenen yaşam süresi,
- Ani ölüm durumlarında aileye yönelik öneriler, ileri direktifler.

Kalp yetmezliği tanısı hastalarda korku ve endişeye yol açabileceği için hastalıklarının fizyopatolojisi, nedenleri, belirti ve bulgularının neler olduğu ve

bunların nasıl ortaya çıktığı anlatılmalı ve anladıklarından emin olunmalıdır. Hastaların hangi durumlarda doktora başvurmaları gerektiği, kilo ve sıvı izleminin önemi, diyetle tuz kısıtlamasının önemi, alkol ve sigaranın neden bırakılması gerektiği konularında bilgilendirilmelidir. Hastanın eğitimi bir süreci gerektirdiği için hastalar hastanede yatarken eğitim süreci başlatılmalı ve mutlaka taburculuktan sonra da sürdürülmelidir. Eğitimde yazılı materyellerin yanısıra görsel ve işitsel eğitim araç ve gereçlerinden de yararlanılması önemlidir. Hasta ve ailenin kullandığı dil, kültürel yapıları, eğitim seviyelerindeki değişikliklere de duyarlı olunması eğitimin etkinliği açısından oldukça önemli faktörlerdir (9,11,12).

KKY'li hastaların yönetiminde düşük sodyumlu diyet başlıca dayanak olmakla birlikte özel bir diyet önerisinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Günde 3 gram tuz alımı hafif ve orta düzeyde kalp yetmezliği olan pek çok hasta için uygulanabilir bir hedef olabilmektedir. Yemekleri pişirirken ve yerken tuz atmamakla ve yüksek oranda tuz içeren yiyecek ve içecekleri kullanmamakla bu hedefe ulaşılabilir. Alkol kullanımı tartışmalı bir konudur. Alkole bağlı kardiyomiyopatisi olan hastaların alkol alımından kaçınması ve alkölü tamamen bırakması önerilmektedir. Alkolizm öyküsü olmayan hastalar için alkol rejiminin fonksiyonel durum ve mortalite üzerine etkisi açık değildir. Düşük yağ ve kolestrollü diyet hiperkolestremisi olan hastalar için önerilmektedir. Gereksiz diyet kısıtlamaları kardiyak kaşeksi sendromunun gelişmesine yolaçabileceği için diyet kısıtlamalarında hastanın durumu gözönünde bulundurulmalıdır. Diürez nedeni ile suda eriyen vitaminlerin atılımı ve gastrointestinal sorunlar nedeniyle de yağda eriyen vitaminlerin emilememesinden dolayı vitamin desteği önerilebilir (9,11).

Yakın zamana kadar akut miyokard infarktüsü ve koroner arter baypas cerrahisi sonrası kardiyak rehabilitasyon rutin olarak uygulandığı halde, kalp yetmezliğinin olması kontrendikasyon olarak düşünölmekteydi. Aktivite ve hareketin kısıtlanması, hastaların yatak istirahatine alınması günümüze kadar kalp yetmezlikli hastanın bakımında standart bir uygulama olarak yapılmaktaydı. Bu uygulama kısa zaman içinde diürezini sağlamakla birlikte uzun dönem uygulandığında fiziksel fonksiyonlar ve hastanın ruhsal durumu üzerine olumsuz

etkilere yolaçabilmektedir. Kısa dönemlik yatak istirahatleri bile kas atrofilerine ve zayıflamalarına, aerobik kapasitede azalmalara yol açabilmektedir. Son 15 yıldır yapılan araştırmalar sol ventrikül yetmezliği olan hastaların bile güvenle egzersiz rehabilitasyon programlarına katılabileceğini ve egzersiz kapasitelerini geliştirebileceklerini göstermiştir. Son yıllardaki araştırma bulgularına göre angina veya yakın zamanda akut miyokard infarktüsü geçirmemiş olan hastaların olabildikleri kadar aktif olmaları için cesaretlendirilmeleri önerilmektedir. Ev yürüyüş programları, hareketsizliğin olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçlarından kaçınma da önerilebilir. Hastalar semptomları izleyerek yürüyüş mesafelerini yavaş yavaş arttırabilirler ve egzersiz kapasitelerini geliştirebilirler (6,9,11,56).

Hastalar kendilerine önerilen tedavi programına, önerileri anlayamadıkları, tedavinin yararına inanmadıkları ya da ekonomik nedenlerle ilaçlarını alamadıkları için uyamayabilirler. Hastaların kullandıkları ilaçların adlarını, dozlarını, her ilacın kullanım amacını, yaşam süresi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini bilmeleri hastalığa uyum sağlamalarını kolaylaştırabilir. Yazılı ilaç kullanım programı karmaşık ilaç önerilerini anlamalarında yararlı olabilir. Herhangi bir sakıncası yoksa ilaç kullanım saatleri hastaların günlük yaşam aktiviteleri, iş ve uyku durumlarına göre düzenlenebilir. Sadece bilgi vermek hastanın uyumunu arttırmaya yetmeyeceği için hastanın uyumunu attırmak için iyi bir sağlık ekibi-hasta ilişkisi kurulmalıdır (50,55,56).

Rosenberg (11), diyete uyum ve hastaneye yeniden kabul oranları üzerine işbirliği içindeki bir ekip yaklaşımının etkisini araştırmıştır. Programın en önemli özelliği hastanların yönlendirdiği grup toplantılarının yapılmasıdır. Bu programın uygulanmasından sonra diyete uyumun düzelme gösterdiği ve hastaneye yatış bir önceki yıla göre % 46'dan % 12'ye düştüğü belirlenmiştir. Mullen ve arkadaşlarının yaptığı meta analizinde (1985) kronik hastalarda grup eğitimlerinin uyumu ve sonuçları olumlu yönde desteklediğini gösterilmiştir.

Can (5), kemoterapi alan 50 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında, kemoterapi yan etkileri, yan etkilerin şiddeti ve hastaların bilgi gereksinimlerine göre belirlenen yetersizlikler doğrultusunda uyguladığı eğitimin öz-bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir.

KKY'li hastaların bakımında önemli kavramlar haline gelmiş olan yaşam kalitesi ve öz-bakım birbirlerini etkileyebilir. Yaşam kalitesinin artması öz-bakımı olumlu yönde etkileyebildiği gibi, uygun öz-bakım davranışlarının kullanılması yaşam kalitesini de arttırabilir. Bu bağlamda, hastalara uygun hemşirelik bakımının verilmesi için öncelikle hastaların gereksinim duydukları ya da eksik olan öz-bakım davranışlarının belirlenmesi önemlidir. Var olan olumlu davranışların geliştirilmesi, eksik olan davranışların kazandırılması, hastaların hastalığa uyumlarını arttırarak, yaşamdan aldıkları doyumunu arttırabilecektir.



### **3. ARAŞTIRMANIN AMACI**

---

---

Araştırma; kronik kalp yetmezliği olan hastaların sağlıklarına ilişkin yaşam kalitelerini ve hastalıklarına y6nelik 6z-bakım davranışlarını belirlemek ve saptanan veriler doğrultusunda yaşam kalitelerini ve 6z-bakımlarını geliŐtirmede katkıda bulunabilecek bir kitapçık hazırlamak amacı ile planlanmıştır.

Araştırmanın planlanmasında literat6r bilgisi iŐıđı altında aşağıdaki varsayımlardan yola 6ıkılmıŐtır:

- Kronik kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kaliteleri etkilenebilir,
- Kronik kalp yetmezliği olan hastaların hastalıklarına y6nelik 6z-bakım davranışları yetersiz olabilir,
- Kronik kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kaliteleri ile 6z-bakım davranışları arasında bir ilişki olabilir.



## **4. GEREÇ ve YÖNTEM**

---

### **4.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ**

Araştırma ; KKY'li hastaların sağlıklarına ilişkin yaşam kalitelerini ve hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı, bireysel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler ile yaşam kaliteleri ve öz-bakım davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağıntı kurucu (Assosiasyon) bir çalışma olarak planlanmıştır.

### **4.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR**

Araştırma sorularımız, araştırmanın amacında belirtilen varsayımlardan yola çıkarak oluşturulmuş ve 3 grup altında toplanmıştır.

#### **1. KKY'li hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye yönelik yanıtlanması gereken sorular:**

- Hastalarda Nottingham Sağlık Profili ( NSP) enerji boyutunda etkilenme var mı?
- Hastalarda NSP fiziksel hareket boyutunda etkilenme var mı?
- Hastalarda NSP uyku boyutunda etkilenme var mı?
- Hastalarda NSP ağrı boyutunda etkilenme var mı?
- Hastalarda NSP sosyal izolasyon boyutunda etkilenme var mı?
- Hastalarda NSP emosyonel reaksiyonlar boyutunda etkilenme var mı ?

- Kadın ve erkek hastalar arasında NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- Sosyal güvencesi olan ve olmayan hastalar arasında NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- Yalnız ve ailesi ile yaşayan hastalar arasında NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- Geliri giderini karşılayan ve karşılamayan hastalar arasında NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- Düzenli doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastalar arasında NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- Eğitim durumlarına göre hastalar arasında NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- İlave kronik hastalık durumuna göre NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- New York Kalp Birliği (NYKB) fonksiyonel sınıflamasına göre NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?
- Hastalığın süresine göre NSP tüm alt boyutlarında etkilenme farkı var mı?

**2. *KKY'li hastaların hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışlarına, bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerle öz-bakım davranışları arasındaki farklarla ilgili yanıtlanması beklenen sorular.***

- KKY'li hastaların aktivite-dinlenmeye yönelik öz-bakım davranışlarına ilişkin yetersizlikleri var mı ?
- KKY'li hastaların diyeteye yönelik öz-bakım davranışlarına ilişkin yetersizlikleri var mı?
- KKY'li hastaların ilaçların kullanımına yönelik öz-bakım davranışlarına ilişkin yetersizlikleri var mı ?
- KKY'li hastaların kilo-sıvı izlemine yönelik öz-bakım davranışlarına ilişkin yetersizlikleri var mı ?

- Kadın ve erkek hastaların öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- Düzenli doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastaların öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- Geliri giderini karşılayan ve karşılamayan hastaların öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- Sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- Yalnız ve ailesi ile yaşayan hastaların öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- Hastaların eğitim durumuna göre öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- NYKB Fonksiyonel Sınıflaması'na göre öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- Hastalık süresine göre hastaların öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?
- İlave hastalık durumuna göre hastaların öz-bakım davranışları arasında fark var mı ?

**3. KKY'li hastaların yaşam kaliteleri ile öz-bakım davranışları arasındaki ilişkiye yönelik yanıtlanması beklenen sorular:**

- NSP tüm alt boyutlarının birbirleri arasında bir ilişki var mı?
- KKY'li hastaların hastalıklarına yönelik özbakım davranışları alt başlıkları arasında bir ilişki var mı?
- NSP alt boyutları ile öz-bakım davranışları alt başlıkları ve toplamı arasında bir ilişki var mı? \*

### **4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ**

Araştırmanın evrenini; Marmara Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı polikliniğinde izlenen tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırma için

Marmara Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Polikliniği'nin seçilme nedenleri; hasta kayıtlarının doldurulmasına özen gösterilmesi, her kalp yetmezlikli hastanın izleminde ekokardiyografi bulgularının kullanılması ve anabilim dalınca araştırmacıya hastalarla görüşebileceği özel bir odanın sağlanmasıdır. Araştırmanın 15 Ocak- 15 Mayıs tarihleri arasında gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Seçilecek örneklem grubunun belirlenmesinde bazı kriterler oluşturulmuştur. Öykü, klinik bulgular ve ekokardiyografi bulguları ile kesin olarak kronik kalp yetmezliği tanısı koyulmuş ve en az 6 aylık bir süreden beri izlenen, herhangi bir iletişim sorunu olmayan ve 20 yaşın üstünde olan hastalar örneklem grubuna alınmıştır. Araştırma için belirlenen süre içinde bu kriterlere uyan 80 hasta araştırma grubunu oluşturmuştur.

#### **4.4. VERİLERİN TOPLANMASI**

Araştırma için veriler iki aşamada toplanmıştır. İlk aşamada NSP, güvenilirlik çalışması amacıyla bir hafta ara ile 30 hastaya iki kez uygulanmıştır.

İkinci aşamada ise, hastaların bireysel ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine yönelik verileri içeren Hasta Bilgi Formu (Ek 1) geçerli ve güvenilir olarak bulunan Nottingham Sağlık Profili (Ek 2) ve Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Öz-bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu (Ek 3) ile veriler toplanmıştır. Verilerin toplanmasında hastalarla görüşmeler uygun fizik koşullarda bireysel olarak yapılmıştır.

##### **4.4.1. Veri Toplama Araçları**

###### **a. Hasta Bilgi Formu (Ek 1)**

Hasta bilgi formu, konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturulmuştur. Yaşam kalitesi ve öz-bakımla ilişkili olabilecek bireysel ve hastalıkla ilgili değişkenleri içermektedir.

Bireye ilişkin değişkenler; cinsiyet, yaşı, eğitim durumu, medeni durum, bir işte çalışma durumu, yaşamın en fazla geçtiği yer, yalnız ya da ailesi ile yaşama durumu ve sosyal güvence olarak belirlenmiştir.

Hastalıkla ilgili değişkenleri ise; hastalığın süresinin saptanmasında kesin tıbbi tanı konulan tarihi belirlemede ekokardiyografi sonucu esas alınmış, tıbbi tanı koyulmuş başka bir kronik hastalık/hastalıkların varlığı, kronik kalp yetmezlikli hastaların fonksiyonel kapasitesinin izlenmesinde en sık kullanılan New York Kalp Birliği (NYKB) Fonksiyonel sınıflaması oluşturmuştur (Tablo 4.1). Hastanın gireceği sınıfı belirlemede objektifliği sağlayabilmek için hastayı muayene eden hekim ile birlikte karar verilmiştir.

**Tablo 4.1. New York Kalp Birliği Fonksiyonel Sınıflaması**

- **Sınıf I :** Hastada kalp hastalığı var, ancak hastalık fiziksel aktivite sınırlamasına neden olmuyor. Her zaman yapılan sıradan aktiviteler yorgunluk, dispne ve göğüs ağrısına yolaçmıyor.
- **Sınıf II :** Hastanın fiziksel aktivitesinde hafif sınırlanma var fakat dinlenmede rahat. Her zaman yapılan sıradan aktivitelerde yorgunluk, dispne ya da göğüs ağrısı oluşuyor.
- **Sınıf III :** Fiziksel aktivitede belirgin düzeyde sınırlanma var. Ancak hasta dinlenme anında rahat, herhangi bir belirti oluşmuyor. Her zaman yapılan sıradan aktivitelerden daha az aktivite düzeyinde bile belirtiler ortaya çıkıyor.
- **Sınıf IV :** Dinlenme halinde bile kardiyak yetersizlik belirtileri (Yorgunluk, halsizlik, çarpıntı, göğüs ağrısı) oluşuyor. Herhangi bir fizik aktivite belirti olmaksızın sürdürülemiyor.

## b. Nottingham Sağlık Profili (Ek 2)

İngiltere, Nottingham Üniversitesi, Queens' Tıp Merkezi Toplum Sağlığı Bölümünde bir grup araştırmacı tarafından 1975 yılında geliştirilme çalışmaları başlatılan ölçek 1981 yılında tamamlanmıştır. Ölçeğin geliştirilme çalışmalarına pek çok araştırmacı katkıda bulunmuştur. İki bölüm olarak geliştirilen ölçeğin birinci bölümü tek olarak da kullanılabilen ve "Evet" , "Hayır" olarak yanıtlanan 38 ifadeden oluşmaktadır.

Araştırmamızda ölçeğin sadece birinci bölümü kullanılmıştır. Fiziksel hareket, uyku, ağrı, enerji, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyon olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir alt boyutun ifade sayısı birbirlerinden farklıdır ve ifadeler ölçeğin içerisinde dağınık olarak bulunmaktadır. Her bir alt boyuttaki ifadenin puanı farklıdır (Tablo 2). Puanlama yapılacağı zaman her bir alt boyutun altında, o boyuta ait ifadeler toplanır ve her bir alt boyutun puanlaması "0" ile "100" arasındadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde düşük puanlar hastalıktan az etkilenme, yüksek puanlar ise etkilenmenin fazla olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeğin ikinci bölümünde ise, bireylerin iş, cinsel yaşam, ev yaşamı, ev işleri, tatiller, ve hobilerinin hastalık nedeni ile etkilenip etkilenmediği sorulmaktadır ve "Evet" "Hayır" olarak yanıtlanmaktadır.

NSP'yi bireyler kendileri doldurabildiği gibi, görüşme yöntemi ile ve posta aracılığı ile de veri toplamak için de uygun bir ölçektir.

Bu araştırma için NSP'yi seçme nedenlerimiz; kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesini değerlendirmek için daha önce kullanılmış olması, kronik kalp yetmezliğinde hastalarda yaygın olarak ortaya çıkan sorunları içermesi, yaşam kalitesi değerlendirmelerinde önerilen yaşam kalitesinin bir çok boyutunu ele almasıdır. Bunların yanısıra ölçeğin yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip olması, ucuz, kolay uygulanır ve 10-15 dakika gibi kısa sürede doldurulabilir ve kullanımına ilişkin basılı bir kılavuzunun olması da yine bu ölçeği seçmemize neden olan faktörlerdir ( 22,23,24 ).

**Tablo 4.2: Nottingham Sağlık Profili Alt Boyutlarındaki İfadeler, Puanları ve Kodları**

İFADE	PUAN	KOD
<b>FİZİKSEL HAREKET(FH)</b>	<b>Toplam 100</b>	
Sadece evin içinde yürüyebiliyorum	11.54	FH1
Eğilmek çok zor oluyor	10.57	FH2
Hiç yürüyemiyorum	21.30	FH3
Merdiven inip çıkarken zorlanıyorum	10.79	FH4
Bazı şeyleri elimi uzatıp almakta zorlanıyorum	9.30	FH5
Kendi kendime zor giyiniyorum	12.61	FH6
Uzun süre ayakta durmakta zorlanıyorum	11.20	FH7
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyacım oluyor (Yaslanacak birisi, baston gibi)	12.69	FH8
<b>ENERJİ (E)</b>	<b>Toplam 100</b>	
Her zaman yorgunum	39.20	EN1
Her şeyi çaba sarfederek yapabiliyorum	36.80	EN2
Gücüm hemen tükeniyor, yoruluyorum	24.00	EN3
<b>AĞRI (A)</b>	<b>Toplam 100</b>	
Geceleri ağrım oluyor	12.91	A1
Dayanılmaz ağrım oluyor	19.74	A2
Pozisyon değiştirirken, hareket ederken ağrım oluyor	9.99	A3
Yürüdüğümde ağrım oluyor	11.22	A4
Ayakta kaldığım zaman ağrım oluyor	8.96	A5
Sürekli ağrım var	20.86	A6
Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor	5.83	A7
Otururken ağrım oluyor	10.49	A8
<b>UYKU (U)</b>	<b>Toplam 100</b>	
Uyumak için ilaç alıyorum	22.37	U1
Sabah çok erken saatlerde uyanıyorum	12.57	U2
Geceleri çoğunlukla uyanık yatıyorum	27.26	U3
Uykuya uzun sürede dalıyorum	16.10	U4
Gece uykularım çok kötü	21.70	U5
<b>SOSYAL İZOLASYON (Sİ)</b>	<b>Toplam 100</b>	
Kendimi yalnız hissediyorum	22.01	Sİ1
İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum	19.36	Sİ2
Hiçkimse bana yakın değilmiş gibi hissediyorum	20.13	Sİ3
İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum	22.53	Sİ4
İnsanlarla anlaşmakta zorlanıyorum	15.97	Sİ5
<b>EMOSYONEL REAKSİYONLAR (ER)(</b>	<b>Toplam 100</b>	
Her şey beni üzüyor	10.47	ER1
Nelerden hoşlandığımı unuttum	9.31	ER2
Kendimi sinirli hissediyorum	7.22	ER3
Günler geçmek bilmiyor	7.08	ER4
Bu günlerde kolayca hiddetleniyorum	9.76	ER5
Sanki kontrolümü kaybettiğimi hissediyorum	13.99	ER6
Endişelerim yüzünden geceleri uyanık geçiriyorum	13.95	ER7
Hayatın yaşanmaya değmez olduğunu düşünüyorum	16.21	ER8
Sabahları bunalmış bir halde uyanıyorum	12.01	ER9

### **c. Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu (Ek 3)**

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan form 39 maddeden oluşmaktadır.

Bu maddeler; diyete, ilaçların kullanımına, kilo-sıvı izlemine ve aktivite-dinlenmeye ilişkin öz-bakım davranışları olarak 4 alt başlık altında toplanmıştır. Bazı ifadeler ters olarak yazılmış ve puanlamada tersine döndürülerek değerlendirilmiştir. Her madde "Her zaman uygularım", "Bazen uygularım" ve "Hiç uygulamam" şeklinde yanıtlanmaktadır. Formun puanlanmasında "Her zaman uygularım" yanıtına 2 puan, "Bazen uygularım" yanıtına 1 puan, "Hiç uygulamam" yanıtına 0 puan verilmiştir. Diyete ilişkin öz-bakım puanları 0-24, ilaçlara ilişkin öz-bakım puanları 0-26, kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım puanları 0-12, aktivite-dinlenmeye ilişkin öz-bakım puanları 0-16 arasındadır.

Değerlendirmede düşük puanlar öz-bakım davranışlarının iyi uygulanmadığı, yüksek puanlar ise öz-bakım davranışlarının iyi uygulandığı şeklinde yorumlanmıştır.

## **4.4.2. Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirliği**

### **a. Hasta Bilgi Formu (Ek 1)**

Bireye ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren bu form araştırmanın yapılacağı poliklinikte araştırma kapsamına alınacak hastalarla aynı kriterler gözönüne alınarak seçilen 15 hastaya uygulanarak bir ön çalışma yapılmış ve forma son şekli verilmiştir.

### **b. Nottingham Sağlık Profili (Ek 2)**

Batı kültürüne göre geliştirilmiş olan NSP'nin kullanılabilmesi için öncelikle Türk toplumuna uyarlanması gerekli olduğundan öncelikle ölçeğin dil eşdeğerliği çalışması yapılmıştır. Dil eşdeğerliğini sağlamak için ölçek birbirlerinden bağımsız olarak araştırmacı, İngilizceyi çok iyi bilen bir hekim ve bir



dil uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Araştırmacı ve danışman tarafından en uygun ifadeler belirlendikten sonra, her iki dili de iyi bilen ve her iki toplumda da yaşamış bir hekim tarafından tekrar geri-çeviri yapılmıştır. Araştırmacı ve danışman tarafından tekrar gözden geçirilen ifadelere son şekli verilip Türkçe Nottingham Sağlık Profili oluşturulmuş ve uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü almak üzere hekim, hemşire ve hemşire öğretim üyeleri seçilmiştir. Her madde uzmanların eleştirileri gözönüne alınarak incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra aslı ile aynı olduğu varsayılmıştır. Türkçe ölçek ile aslı aynı madde sayısı ve düzenine sahiptir (41).

Türkçe NSP'nin güvenilirliğini sınamak için ölçeği geliştiren araştırmacıların da önerdiği gibi "Test-Tekrar Test" yöntemi kullanılmıştır. Test-tekrar Test yöntemi kullanılarak ölçeğin zamana göre değişmezliği sınanmaktadır. Zamana göre değişmezlik; herhangi bir şeyin aynı (benzer) koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veriler arasındaki ilişkidir. Zamana göre değişmezlik ölçütünde en önemli özellik iki ölçüm arasında bırakılacak süredir ( 28 ). Kardiyolojik sorunu olan hastaların durumlarında kısa süre içinde değişmeler olabileceği düşünülerek ölçek, 30 hastaya 1 hafta ara ile 2 kez uygulanmıştır.

### **c. Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu (Ek 3)**

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak oluşturulan bu formun içerik geçerliği uzman görüşleri alınarak belirlenmiştir (28). Her bir maddenin araştırmaya uygunluğu, anlaşılabilirliği ve alt başlıklara alınacak maddelerin seçimi yönünden uzman görüşleri alınarak danışman ile birlikte formun son şekli oluşturulmuştur.

Formun güvenilirliği, "İç Tutarlık" yöntemi kullanılarak sınanmıştır. İç tutarlığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu

varsayımdır. Bunun sayısal olarak saptanabilmesi için en sıklıkla başvuru olan yöntem "Madde İstatistikleri - Kuder-Richardson Formülleri" 'dir . Madde istatistikleri her maddenin aldığı değer ile formun tümünden alınan toplam değer ile arasındaki ilişkiyi ifade eder ( 28 ). Kuder Richardson 20 formülü ile her madde, alt boyutlar ve toplam için Cronbach's  $\alpha$  bulunmuştur.

#### 4.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamındaki verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows ,Version 6.0) programı kullanılmıştır.

Türkçe Nottingham Sağlık Profiline güvenirliliği için kullanılan "Test-Tekrar Test" uygulamasının değerlendirilmesinde "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formunun güvenirliliği içinde yine aynı yöntemle "İç Tutarlık" bakılmıştır.

Hastaların bireysel ve hastalıkları ile ilgili değişkenler ile Nottingham Sağlık Profili ve Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu Puanları arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde, bağımsız grupların ortalama karşılaştırmaları için "T Testi" ve "Tek Yönlü Varyans Analizi" kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinin değerlendirmesinde hangi grupların diğerlerinden farklı olduğunu saptamak için "Tukey HSD" testi kullanılmıştır. NSP puan ortalamaları ile KKY'li hastaların hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" kullanılmıştır (28,51).

## **5. BULGULAR**

---

Bu araştırma kalp yetmezliği olan hastaların sağlıklarına ilişkin yaşam kaliteleri ve hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı, bireysel ve hastalığa ilişkin özellikler ile yaşam kaliteleri ve öz-bakım davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağıntı kurucu (Asosiasyon) olarak planlananmış ve gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın sonuçları; veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirliği hastaların bireysel ve hastalıkla ilgili tanımlayıcı özellikleri, bireysel ve hastalıkla ilgili değişkenler ile Nottigham Sağlık Profili ve öz-bakım arasındaki farklarla ilgili bulgular ve NSP ile öz-bakım arasındaki ilişkilere ilişkin bulgular olmak üzere 5 bölüm halinde incelenmiştir.

### **5.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Batı kültürüne göre geliştirilmiş olan NSP'nin bu çalışmada kullanılabilmesi için Türk toplumuna uyarlanması gerekli olduğundan öncelikle dil eşdeğerliği çalışması yapılmıştır. Dil eşdeğerliği uzman görüşüne başvurularak sağlanmıştır.

Dil eşdeğerliği sağlanan NSP'nin güvenilirliğini sınamak için "Test-Tekrar Test" yöntemi kullanılmıştır. Kardiyolojik sorunu olan hastaların durumlarında kısa süre içinde değişiklikler olabileceğinden ölçek 30 hastaya 1 hafta ara ile 2 kez uygulanmıştır.

**Tablo 1: Nottingham Sağlık Profili Alt Boyutlarının Test- Tekrar Test Puanları Arasındaki İlişki (N=30)**

NSP Alt Boyutları	r	p
Enerji Boyutu	.86	p< 0.001
Fiziksel Hareket Boyutu	.86	p< 0.001
Ağrı Boyutu	.92	p< 0.001
Uyku Boyutu	.92	p< 0.001
Sosyal İzolasyon Boyutu	.87	p< 0.001
Emosyonel Durum Boyutu	.96	p< 0.001

Tablo 1' de görüldüğü gibi, güvenilirlik katsayıları; enerji ve fiziksel hareket boyutu .86, ağrı ve uyku boyutu .92, emosyonel reaksiyonlar boyutu .96, sosyal izolasyon boyutu.87 olarak elde edilmiştir (P<.001) (Tablo 1).

**Tablo 2: KKY'li Hastaların Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Davranışları Değerlendirme Formundaki İfadelerin Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayıları**

Madde	r
Aktivite 1	.47
Aktivite 2	.72
Aktivite 3	.23
Aktivite 4	.55
Aktivite 5	.46
Aktivite 6	.38
Aktivite 7	.60
Aktivite 8	.48
Diyet 1	.40
Diyet 2	.71
Diyet 3	.70
Diyet 4	.60
Diyet 5	.29
Diyet 6	.38
Diyet 8	.76
Diyet 9	.77
Diyet 10	.77
Diyet 11	.28

<b>Diyet 12</b>	.70
<b>Diyet 13</b>	.56
<b>İlaç 1</b>	.66
<b>İlaç 2</b>	.67
<b>İlaç 3</b>	.44
<b>İlaç 4</b>	.66
<b>İlaç 5</b>	.72
<b>İlaç 6</b>	.75
<b>İlaç 7</b>	.69
<b>İlaç 8</b>	.36
<b>İlaç 9</b>	.61
<b>İlaç 10</b>	.39
<b>İlaç 11</b>	.76
<b>İlaç 12</b>	.51
<b>İlaç 13</b>	.59
<b>Kilo-Sıvı 1</b>	.27
<b>Kilo-Sıvı 2</b>	.79
<b>Kilo-Sıvı 3</b>	.74
<b>Kilo-Sıvı 4</b>	.60
<b>Kilo-Sıvı 5</b>	.80
<b>Kilo-Sıvı 6</b>	.59

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak oluşturulan KKY'li hastaların hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışlarını değerlendirme formunun içerik geçerliği uzman görüşüne başvurularak elde edilmiştir. Formun güvenilirliği ise, "İç Tutarlık" yöntemi kullanılarak sınıranmıştır. Her bir madde varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi saptayan madde-toplam puan güvenilirliği katsayıları maddeden maddeye farklılık göstermiştir. Güvenirlik katsayısı .20'nin altında bulunan bir madde (Diyet 7) çıkarıldıktan sonra tekrar iç tutarlık bakılmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3 : Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu Alt Başlık-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları**

Alt Başlıklar	r	p
Diyete ilişkin öz-bakım davranışları	.80	p< 0.001
Dinlenme ve aktiviteye ilişkin öz-bakım davranışları	.76	p< 0.001
İlaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları	.86	p< 0.001
Kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları	.84	p< 0.001
<b>Toplam</b>	<b>.95</b>	<b>p&lt; 0.001</b>

Diyete ilişkin öz-bakım davranışları güvenilirlik katsayısı .80, dinlenme ve aktiviteye ilişkin öz-bakım davranışları güvenilirlik katsayısı .76, ilaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları güvenilirlik katsayısı .86, kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları güvenilirlik katsayısı .84 olarak bulunurken formun Cronbach's Alfa değeri .95 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

## 5.2 HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Hastaların yaş ortalamaları,  $66.90 \pm 10.66$ , yaş aralığı 43-90 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

<b>Bireysel Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Toplam</b>	
				<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	37	46.2	80	100.00
	Erkek	43	53.8		
<b>Eğitim Durumu</b>	İlkokul	41	51.2	80	100.00
	Ortaokul	21	26.3		
	Yüksekokul	18	22.5		
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	3	3.8	80	100.00
	Evli	47	58.8		
	Dul	30	37.4		
<b>Sosyal Güvence</b>	Var	58	72.5	80	100.00
	Yok	22	27.5		
<b>Çalışma Durumu</b>	Tam Gün Çalışma	6	7.5	80	100.00
	Hiç Çalışmama	46	57.5		
	Ev Hanımı	28	35.0		
<b>Çalışmama Nedeni</b>	Emeklilik	40	50.0	74*	92.5
	Ev Hanımı	28	35.0		
	Hastalık	6	7.5		
<b>Gelirin Gideri Karşılama Durumu</b>	Karşılıyor	47	58.8	80	100.00
	Karşılmıyor	33	41.2		

\*Tam gün çalışanlar toplama dahil edilmemiştir.

Tablo 4 incelendiğinde, % 53.8'i (n = 43) erkek, % 40'ı (n= 32) ilkokul mezunu, % 58.8'inin (n=47) evli, % 72.5'inin (n=58) sosyal güvencesinin olduğu, %57.5'inin (n=46) hiç çalışmadığı, % 35'inin (n=28) ev hanımı olduğu, %58.8'inin (n=47) gelirinin giderini karşıladığı görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo 5 : Hastaların Hastalıkları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Hastalıkları ile İlgili</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Toplam</b>	
<b>Özellikler</b>				<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hastalığın Süresi</b>	6 ay- 12 ay	27	33.8	80	100.00
	13 ay- 24 ay	22	27.4		
	25 ay ve ↑	31	38.8		
<b>Kontrol Gelme Sıklığı</b>	Düzenli	54	67.5	80	100.00
	Düzensiz	26	32.5		
<b>İlave Kronik Hastalık Durumu</b>	Yok	26	32.5	80	100.00
	1 Hastalık var	14	17.5		
	2 Hastalık ve ↑	40	50.0		
<b>NYKB Fonksiyonel Sınıflaması</b>	Sınıf 1	23	28.8	80	100.00
	Sınıf 2	26	32.4		
	Sınıf 3	31	38.8		

Hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri incelendiğinde, % 38.8'i (n=31) 25 ay ve üzerinde bir süredir kronik kalp yetmezliğine sahip olduğu, % 67.5'inin (n=54) düzenli olarak doktor kontrollerine geldiği, % 50'sinin (n=40) kronik kalp yetmezliği dışında kesin tıbbi tanı konmuş iki ve daha fazla hastalığa sahip olduğu, % 38.8'inin (n=31) NewYork Kalp Birliği fonksiyonel sınıflamasına göre üçüncü sınıf, % 32.4'ünün (n=26) ikinci sınıf olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

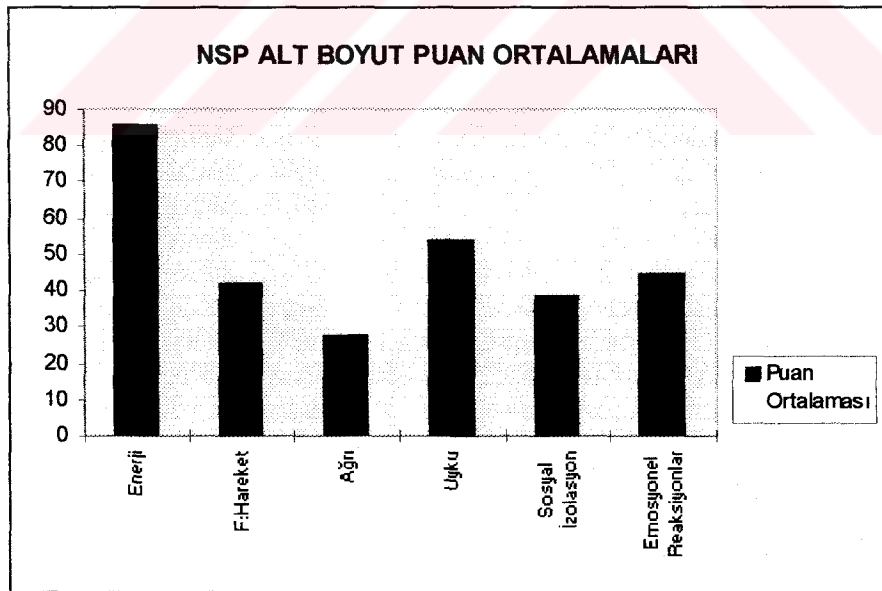


### 5.3. BİREYSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER İLE NSP ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKLARLA İLGİLİ BULGULAR

Tablo 6 : Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (SS) (N=80)

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	85.51	28.97
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	41.98	25.91
<b>Ağrı Boyutu</b>	27.48	26.80
<b>Uyku Boyutu</b>	54.04	29.70
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	38.32	32.08
<b>Emosyonel Durum Boyutu</b>	44.56	28.73

Tablo 6 incelendiğinde; hastaların hastalıktan en çok enerji boyutunda ( $85.51 \pm 28.97$ ), en az ise, ağrı boyutunda ( $27.48 \pm 26.80$ ) etkilendiği görülmektedir (Tablo 6) (Şekil 1).



Şekil 1. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları

**Tablo 7 . Cinsiyete Göre Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Fark (N=80)**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	Kadın	37	86.48	30.30	t = .08 p = .93
	Erkek	43	86.93	22.60	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	Kadın	37	44.76	25.49	t = .89 p = .37
	Erkek	43	39.58	26.32	
<b>Ağrı Boyutu</b>	Kadın	37	32.61	26.36	t = 1.61 p = .11
	Erkek	43	23.05	26.68	
<b>Uyku Boyutu</b>	Kadın	37	59.35	27.60	t = 1.50 p = .13
	Erkek	43	49.46	30.98	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	Kadın	37	35.78	26.75	t = .65 p = .51
	Erkek	43	40.49	36.21	
<b>Emosyonel Reksiyonlar Boyutu</b>	Kadın	37	47.81	28.59	t = .94 p = .35
	Erkek	43	41.76	28.88	

Cinsiyete göre puan ortalamaları incelendiğinde; en fazla etkilenmenin kadınlarda  $86.48 \pm 30.30$ , erkeklerde  $86.93 \pm 22.60$  olarak enerji boyutunda, en az etkilenmenin ise, kadınlarda  $32.61 \pm 26.36$ , erkeklerde  $23.05 \pm 26.68$  olarak ağrı boyutunda olduğu görülmektedir.

Cinsiyet ile NSP tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 8. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Sosyal Güvence Arasındaki Fark (N=80)**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>Sosyal Güvence</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	Var	58	86.23	24.95	t = .27 p = .78
	Yok	22	88.03	30.05	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	Var	58	42.53	25.82	t = .31 p = .75
	Yok	22	40.50	26.68	
<b>Ağrı Boyutu</b>	Var	58	25.33	25.53	t = 1.17 p = .24
	Yok	22	33.13	29.77	
<b>Uyku Boyutu</b>	Var	58	51.28	29.75	t = 1.35 p = .18
	Yok	22	61.29	28.98	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	Var	58	36.25	31.83	t = .94 p = .35
	Yok	22	43.76	32.82	
<b>Emosyonel Reaks. Boyutu</b>	Var	58	42.00	27.43	t = 1.30 p = .19
	Yok	22	51.29	31.56	

NSP alt boyut puan ortalamaları ile sosyal güvence arasındaki fark incelendi; NSP tüm alt boyutları ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $P > .05$ ).

Ancak tüm alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, hastaların en yüksek puan ortalamasını (Sosyal güvence var  $86.23 \pm 24.95$ , sosyal güvence yok  $88.03 \pm 30.05$ ) enerji boyutunda sahip olduğu, en düşük puan ortalamasına ise (Sosyal güvence var,  $25.33 \pm 25.53$ ; sosyal güvence yok,  $33.13 \pm 29.77$ ) ağrı boyutunda sahip olduğu görülmektedir (Tablo 8).

**Tablo 9. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Hastaların Yaşama Durumu Arasındaki fark (N=80)**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>Yaşama Durumu</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	Yalnız	15	93.33	25.82	t = 1.08 p = .28
	Aile ile	65	85.20	26.33	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	Yalnız	15	42.90	24.51	t = .15 p = .87
	Aile ile	65	41.76	26.40	
<b>Ağrı Boyutu</b>	Yalnız	15	33.74	29.47	t = 1.0 p = .31
	Aile ile	65	26.03	26.18	
<b>Uyku Boyutu</b>	Yalnız	15	55.94	33.63	t = .27 p = .78
	Aile ile	65	53.59	28.99	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	Yalnız	15	38.69	28.39	t = .05 p = .96
	Aile ile	65	38.23	33.07	
<b>Emosyonel Reaks. Boyutu</b>	Yalnız	15	46.83	25.15	t = .34 p = .73
	Aile ile	65	44.04	29.64	

Tablo 9 incelendiğinde; NSP alt boyut puan ortalamaları ile yalnız ve ailesi ile yaşayan hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ).

Ancak yine tüm alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasının enerji boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise ağrı boyutunda olduğu görülmektedir (Tablo 9).

**Tablo 10. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Gelirin-Gideri Karşılama Durumu Arasındaki Fark (N=80)**

NSP Alt Boyutları	Gelirin Gideri Karşılama Durumu				İstatistiksel Değerlendirme	
		n	X	SS		
Enerji Boyutu	Karşılıyor	47	81.77	31.58	t = 2.3	p = .02
	Karşılmıyor	33	93.79	13.72		
Fiziksel Hareket Boyutu	Karşılıyor	47	39.11	26.05	t = 1.2	p = .24
	Karşılmıyor	33	46.05	25.54		
Ağrı Boyutu	Karşılıyor	47	22.54	22.53	t = 2.0	p = .05
	Karşılmıyor	33	34.50	30.93		
Uyku Boyutu	Karşılıyor	47	51.97	30.50	t = .74	p = .46
	Karşılmıyor	33	56.96	28.72		
Sosyal İzolasyon Boyutu	Karşılıyor	47	37.78	31.59	t = .18	p = .86
	Karşılmıyor	33	39.07	33.23		
Emosyonel Reak. Boyutu	Karşılıyor	47	42.80	28.34	t = .65	p = .51
	Karşılmıyor	33	47.07	29.52		

NSP alt boyut puan ortalamaları ile gelirin gideri karşılama durumu arasındaki fark incelendiğinde; NSP tüm alt boyutları ile gelirin gideri karşılama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $P > .05$ ).

Hastaların en yüksek puan ortalamasını (Gelir gideri karşılıyor  $81.77 \pm 31.58$ , gelir gideri karşılmıyor  $93.79 \pm 13.72$ ) enerji boyutunda sahip olduğu, en düşük puan ortalamasına ise (Gelir gideri karşılıyor  $22.54 \pm 22.53$ , Gelir gideri karşılmıyor  $34.50 \pm 30.93$ ) ağrı boyutunda sahip olduğu görülmektedir (Tablo 10).

**Tablo 11. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Doktor Kontrollerine Gelme Durumu Arasındaki Fark (N=80)**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>Kontrole Gelme Durumu</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	Düzenli	54	88.47	24.94	t = .85 p = .39
	Düzensiz	26	83.10	29.01	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	Düzenli	54	41.85	24.00	t = .06 p = .95
	Düzensiz	26	42.23	29.99	
<b>Ağrı Boyutu</b>	Düzenli	54	27.51	24.88	t = .02 p = .98
	Düzensiz	26	27.39	30.93	
<b>Uyku Boyutu</b>	Düzenli	54	54.12	29.57	t = .04 p = .96
	Düzensiz	26	53.84	30.55	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	Düzenli	54	38.57	31.67	t = .10 p = .91
	Düzensiz	26	37.79	33.53	
<b>Emosyonel Reak. Boyutu</b>	Düzenli	54	44.71	27.87	t = .07 p = .94
	Düzensiz	26	44.25	30.99	

NSP alt boyut puan ortalamaları ile doktor kontrollerine gelme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ). Tüm alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasının enerji boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise ağrı boyutunda olduğu görülmektedir (Tablo 11).

**Tablo 12. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Eğitim Durumu Arasındaki Fark (N=80)**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	İlkokul	41	90.61	23.640	F = 1.54 p = .21 GAKO=2565.20 GİKO=63719.58
	Ortaokul	21	83.00	31.68	
	Yüksekokul	18	80.17	30.12	
	Toplam	80	86.73	26.27	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	İlkokul	41	44.81	27.90	F = .57 p= .56 GAKO=782.06 GİKO=52256.56
	Ortaokul	21	40.51	19.85	
	Yüksekokul	18	37.22	27.89	
	Toplam	80	41.97	25.91	
<b>Ağrı Boyutu</b>	İlkokul	41	26.83	25.42	F = .11 p = .88 GAKO=173.67 GİKO=56580.78
	Ortaokul	21	26.40	29.45	
	Yüksekokul	18	30.19	28.05	
	Toplam	80	27.47	26.80	
<b>Uyku Boyutu</b>	İlkokul	41	54.05	29.76	F = 1.13 p = .32 GAKO=2002.44 GİKO=67705.81
	Ortaokul	21	60.64	28.43	
	Yüksekokul	18	46.27	30.77	
	Toplam	80	54.03	29.70	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	İlkokul	41	37.50	31.28	F = .52 p = .59 GAKO=1096.07 GİKO=80195.83
	Ortaokul	21	43.95	35.34	
	Yüksekokul	18	33.59	30.73	
	Toplam	80	38.31	32.07	
<b>Emosyonel Reak. Boyutu</b>	İlkokul	41	43.93	29.44	F =2.38 p= .09 GAKO=3805.75 GİKO=61397.02
	Ortaokul	21	54.32	27.33	
	Yüksekokul	18	34.59	26.30	
	Toplam	80	44.56	28.72	

Eğitim durumlarına göre Nottingham Sağlık Profili tüm alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (P>.05) (Tablo 12).

**Tablo 13. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile İlave Kronik Hastalık Durumu Arasındaki Fark**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>İlave Kronik Hastalık Durumu</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	İlave Hastalık Yok	26	73.81	32.14	F = 4.22 p=.0182 GAKO=6546.99 GİKO=59737.79
	İlave 1 Hastalık Var	14	82.91	32.58	
	İlave 2 Hastalık ve ↑	40	94.02	22.70	
	Toplam	80	85.51	28.96	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	İlave 0 Hastalık	26	29.75	20.88	F = 7.92 p = .0007 GAKO=9053.03 GİKO=43985.59
	İlave 1 Hastalık	14	34.66	27.28	
	İlave 2 Hastalık ve ↑	40	52.48	24.49	
	Toplam	80	41.97	25.91	
<b>Ağrı Boyutu</b>	İlave 0 Hastalık	26	16.34	22.80	F = 4.93 p = .0097 GAKO=6442.63 GİKO=50311.81
	İlave 1 Hastalık	14	23.44	16.91	
	İlave 2 Hastalık ve ↑	40	36.12	29.34	
	Toplam	80	27.47	26.80	
<b>Uyku Boyutu</b>	İlave 0 Hastalık	26	40.96	27.56	F = 6.37 p = .0027 GAKO=9906.67 GİKO=59801.58
	İlave 1 Hastalık	14	47.05	32.99	
	İlave 2 Hastalık ve ↑	40	64.97	26.14	
	Toplam	80	54.03	29.70	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	İlave 0 Hastalık	26	16.68	24.28	F =11.83p = .0000 GAKO=19114.79 GİKO=62177.11
	İlave 1 Hastalık	14	41.15	29.79	
	İlave 2 Hastalık ve ↑	40	51.38	30.33	
	Toplam	80	38.31	32.07	
<b>Emosyonel Reaks. Boyutu</b>	İlave 0 Hastalık	26	23.59	17.80	F= 16.61 p=.0000 GAKO=19652.79 GİKO=45549.98
	İlave 1 Hastalık	14	42.67	26.43	
	İlave 2 Hastalık ve ↑	40	58.85	27.05	
	Toplam	80	44.56	28.72	

Nottingham Sağlık Profili her bir alt boyut puan ortalaması ile ilave kronik hastalık durumu arasındaki fark incelendiğinde; **enerji boyutunda**, iki ve daha fazla ilave kronik hastalığı varolan hastaların puan ortalamaları ( $94.02 \pm 22.70$ ) ile ilave kronik hastalığı olmayan grupta yer alan hastaların puan ortalamaları ( $73.81 \pm 32.14$ ) arasında ( $2 > 0$ ) ileri derecede anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $P < .001$ ). İlave bir hastalığın varlığı ile ilave hastalığın olmadığı grup ve ilave iki ve daha fazla hastalığın olduğu grup arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.



**Fiziksel hareket boyutunun** karşılaştırılmasında ise, ilave iki ve daha fazla hastalığın olduğu grubun puan ortalamaları ( $52.48 \pm 24.49$ ) ile ilave hastalığın bulunmadığı grubun puan ortalamaları ( $29.75 \pm 20.88$ ) arasında ( $2 > 0$ ) ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir ( $P < .001$ ). Yine aynı boyutta, ilave iki ve daha fazla hastalığın olduğu grubun puan ortalamaları ( $52.48 \pm 24.49$ ) ile bir ilave hastalığın bulunduğu grubun puan ortalamaları arasında ( $2 > 1$ ) ileri derecede anlamlılık olduğu görülmektedir ( $P < .001$ ).

**Ağrı boyutu** ele alındığında, iki ve daha fazla ilave kronik hastalığı varolan hastaların puan ortalamaları ( $36.12 \pm 29.34$ ) ile ilave kronik hastalığı olmayan grubta yer alan hastaların puan ortalamaları ( $16.34 \pm 22.80$ ) arasında ( $2 > 0$ ) ileri derecede anlamlı farklılık bulunmuştur ( $P < .001$ )

**Uyku boyutunda** ise, iki ve daha fazla ilave kronik hastalığı varolan hastaların puan ortalamaları ( $64.97 \pm 26.14$ ) ile ilave kronik hastalığı olmayan grubta yer alan hastaların puan ortalamaları ( $40.96 \pm 27.56$ ) arasında ( $2 > 0$ ) ileri derecede anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $P < .001$ ).

**Sosyal izolasyon boyutu** incelendiğinde, ilave iki ve daha fazla hastalığın olduğu grubun puan ortalamaları ( $51.38 \pm 30.33$ ) ile ilave hastalığın bulunmadığı grubun puan ortalamaları ( $16.68 \pm 24.28$ ) arasında ( $2 > 0$ ) ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir ( $P < .001$ ). Yine aynı boyutta ilave bir kronik hastalığı olan grubta yer alan hastaların puan ortalamaları ( $41.15 \pm 29.79$ ) ile ilave kronik hastalığı olmayan grubta yer alan hastaların puan ortalamaları ( $16.68 \pm 24.28$ ) arasında da ( $1 > 0$ ) ileri derecede anlamlılık görülmüştür ( $P < .001$ )

**Emosyonel reaksiyonlar boyutunda**, iki ve daha fazla ilave kronik hastalığı varolan hastaların puan ortalamaları ( $58.85 \pm 27.05$ ) ile ilave kronik

hastalığı olmayan grupta yer alan hastaların puan ortalamaları ( $23.59 \pm 17.80$ ) arasında ( $2 > 0$ ) ileri derecede anlamlı farklılık bulunmuştur ( $P < .001$ ). (Tablo 13 ).

**Tablo 14. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile NYKB Fonksiyonel Sınıflaması Arasındaki Fark**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>NYKB Fonksiyonel Sınıflaması</b>				<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
		<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	
<b>Enerji Boyutu</b>	Sınıf I	23	61.70	38.61	F=15.12 p= .0000 GAKO=18695.93 GİKO=47588.86
	Sınıf II	26	92.21	21.97	
	Sınıf III	31	97.54	9.49	
	Toplam	80	85.51	28.96	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	Sınıf I	23	19.08	14.68	F=50.50 p= .0000 GAKO=30097.11 GİKO=22941.52
	Sınıf II	26	34.61	16.75	
	Sınıf III	31	65.14	19.30	
	Toplam	80	41.97	25.91	
<b>Ağrı Boyutu</b>	Sınıf I	23	7.89	12.06	F=12.30 p= .0000 GAKO=13743.98 GİKO=43010.46
	Sınıf II	26	30.02	23.72	
	Sınıf III	31	39.86	29.28	
	Toplam	80	27.47	26.80	
<b>Uyku Boyutu</b>	Sınıf I	23	31.01	26.28	F=12.78 p= .0000 GAKO=17374.11 GİKO=52334.14
	Sınıf II	26	60.95	23.46	
	Sınıf III	31	65.31	27.91	
	Toplam	80	54.03	29.70	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	Sınıf I	23	16.29	27.05	F=9.20 p= .0003 GAKO=15683.39 GİKO=65608.51
	Sınıf II	26	46.45	30.58	
	Sınıf III	31	47.83	29.50	
	Toplam	80	38.31	32.07	
<b>Emosyonel Reaks. Boyutu</b>	Sınıf I	23	22.17	19.78	F=17.64 p= .0000 GAKO=20488.74 GİKO=44714.03
	Sınıf II	26	44.11	23.36	
	Sınıf III	31	61.55	27.36	
	Toplam	80	44.56	28.72	

Nottingham Sağlık Profili her bir alt boyut puan ortalaması ile NYKB fonksiyonel sınıflaması karşılaştırıldığında; **enerji boyutunda** sınıf III'de yer alan hastaların puan ortalamaları ( $97.54 \pm 9.49$ ) ile sınıf I' de yer alan hastaların puan ortalamaları ( $61.70 \pm 38.61$ ) arasında ( $3 > 1$ ) ve sınıf II'de yer alan hastaların puan

ortalamları ( $92.21 \pm 21.97$ ) ile sınıf I'de yeralan hastaların puan ortalamaları ( $61.70 \pm 38.61$ ) arasında ( $2 > 1$ ) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P < .001$ ).

**Fiziksel hareket boyutunun** karşılaştırılmasında ise, sınıf III'deki hastaların puan ortalamaları ( $65.14 \pm 19.30$ ) ile sınıf II'deki hastaların puan ortalamaları ( $34.61 \pm 16.75$ ) arasında ( $3 > 2$ ) ve sınıf III'deki hastaların puan ortalamaları ( $65.14 \pm 19.70$ ) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları ( $19.08 \pm 14.68$ ) arasında ( $3 > 1$ ) anlamlı bir fark bulunmuştur. Yine aynı boyutta sınıf II'deki hastaların puan ortalamaları ( $34.61 \pm 16.75$ ) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları ( $19.08 \pm 14.68$ ) arasında da ( $2 > 1$ ) ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir ( $P < .001$ ).

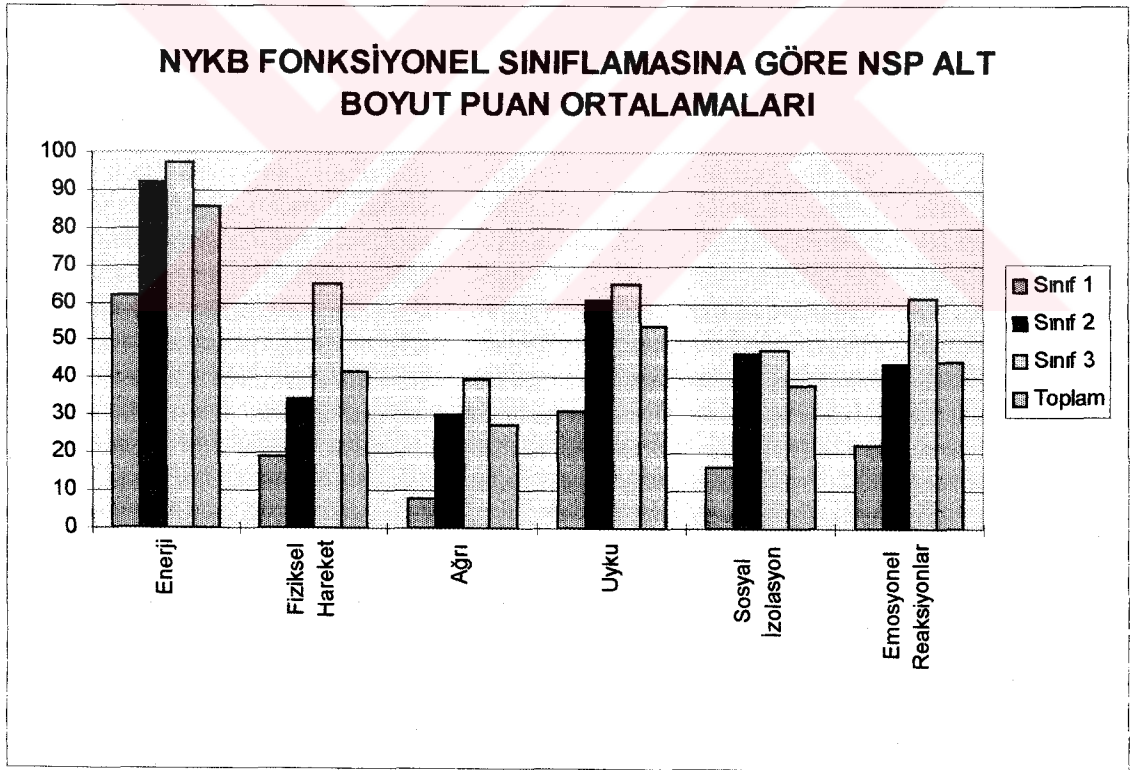
**Ağrı boyutu** ele alındığında, sınıf III'de yeralan hastaların puan ortalamaları ( $39.86 \pm 29.28$ ) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları ( $7.89 \pm 12.06$ ) arasında ( $3 > 1$ ) ve sınıf II'deki hastaların puan ortalamaları ( $30.02 \pm 23.72$ ) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları ( $7.89 \pm 12.06$ ) arasında ( $2 > 1$ ) anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $P < .001$ ).

**Uyku boyutunda** ise, sınıf III'de yeralan hastaların puan ortalamaları ( $65.31 \pm 27.91$ ) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları ( $31.01 \pm 26.28$ ) arasında ( $3 > 1$ ) ve sınıf II'deki hastaların puan ortalamaları ( $60.95 \pm 23.46$ ) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları ( $31.01 \pm 26.28$ ) arasında ( $2 > 1$ ) anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $P < .001$ ).

**Sosyal izolasyon boyutunda**, sınıf III'de yeralan hastaların puan ortalamaları ( $47.83 \pm 29.50$ ) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları ( $16.29 \pm 27.05$ ) arasında ( $3 > 1$ ) ve sınıf II'deki hastaların puan ortalamaları

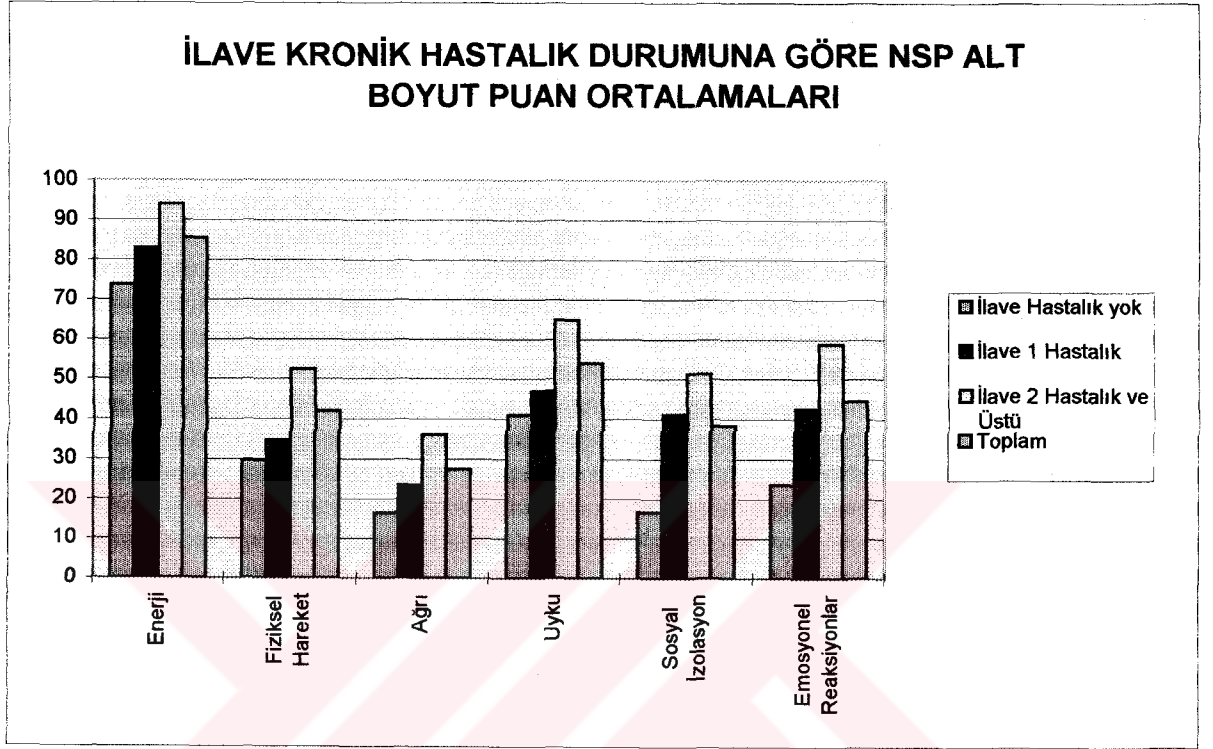
(46.45±30.58) ile sınıf I'deki hastaların puan ortalamaları (16.29±27.05) arasında (2>1) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (P< .001).

**Emosyonel reaksiyonlar boyutunda** ise, sınıf III'deki hastaların puan ortalamaları (61.55±27.36) ile sınıf I'de yeralan hastaların puan ortalamaları (22.17±19.78) arasında (3>1) ve sınıf III'deki hastaların puan ortalamaları (44.56±28.72) ile sınıf II'deki hastaların puan ortalamaları (44.11±23.36) arasında (3>2) ileri derecede anlamlılık bulunmuştur (P<.001). Ayrıca yine aynı boyutta, sınıf II'deki hastaların puan ortalamaları (44.11±23.36) ile sınıf I'de yeralan hastaların puan ortalamaları (22.17±19.78) arasında (2>1) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir (P<.001) (Tablo 14)



**Şekil 2. NYKB Fonksiyonel Sınıflamasına Göre NSP ALT Boyut Puan Ortalamalar**

### İLAVE KRONİK HASTALIK DURUMUNA GÖRE NSP ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI



Şekil 3. İlave Kronik Hastalık Durumuna Göre NSP Alt Boyut Puan Ortalamaları

**Tablo 15. Nottingham Sağlık Profili Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Hastalık Süreleri Arasındaki Fark**

<b>NSP Alt Boyutları</b>	<b>Hastalık Süreleri</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Enerji Boyutu</b>	6 Ay- 12 Ay	27	85.09	25.92	F= .33 p= .71 GAKO=579.82 GİKO=65704.96
	13 Ay- 24 Ay	22	81.81	35.31	
	25 Ay ve ↑	31	88.49	27.10	
	Toplam	80	85.51	28.96	
<b>Fiziksel Hareket Boyutu</b>	6 Ay- 12 Ay	27	36.14	21.27	F= 2.06 p= .13 GAKO=2695.93 GİKO=50342.69
	13 Ay- 24 Ay	22	39.04	26.09	
	25 Ay ve ↑	31	49.13	28.44	
	Toplam	80	41.97	25.91	
<b>Ağrı Boyutu</b>	6 Ay- 12 Ay	27	26.14	25.24	F= .16 p= .84 GAKO=247.78 GİKO=56506.67
	13 Ay- 24 Ay	22	30.31	29.48	
	25 Ay ve ↑	31	26.62	26.88	
	Toplam	80	27.47	26.80	
<b>Uyku Boyutu</b>	6 Ay- 12 Ay	27	51.10	30.18	F= .55 p= .57 GAKO=988.97 GİKO=68719.28
	13 Ay- 24 Ay	22	51.40	31.44	
	25 Ay ve ↑	31	58.45	28.43	
	Toplam	80	54.03	29.70	
<b>Sosyal İzolasyon Boyutu</b>	6 Ay- 12 Ay	27	36.29	32.95	F= .38 p= .68 GAKO=803.20 GİKO=80488.70
	13 Ay- 24 Ay	22	35.23	32.41	
	25 Ay ve ↑	31	42.26	31.72	
	Toplam	80	38.31	32.07	
<b>Emosyonel Reak. Boyutu</b>	6 Ay- 12 Ay	27	38.42	27.21	F=1.24 p= .29 GAKO=2041.50 GİKO=63161.26
	13 Ay- 24 Ay	22	44.01	29.41	
	25 Ay ve ↑	31	50.29	29.28	
	Toplam	80	44.56	28.72	

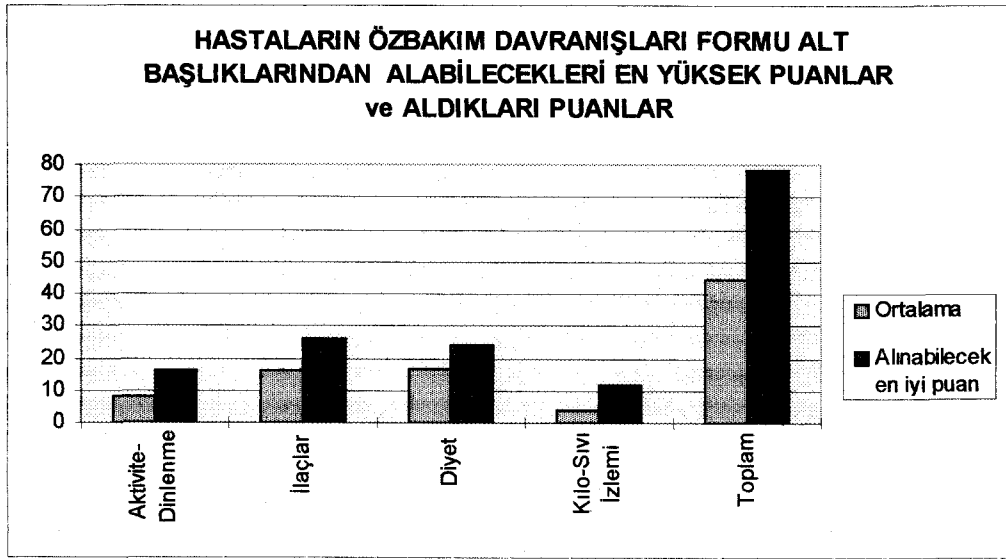
Tablo 15 incelendiğinde, Nottingham Sağlık Profili alt boyut puan ortalamaları ile 6-12 ay, 13-24 ay, 25 ay ve daha uzun süreden beri kronik kalp yetmezliğine sahip olan hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $P > .05$ ) (Tablo 15).

#### 5.4. BİREYSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER İLE KRONİK KALP YETMEZLİKLİ HASTALARIN ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARI ALT BAŞLIK PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKLARLA İLGİLİ BULGULAR

Tablo 16. Hastaların Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Davranışları  
Alt Başlık Puan Ortalamaları (N=80)

Alt Başlık	X	SS
Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları	8.14	3.34
İlaçların Kullanımına İlişkin Öz-Bakım Davranışları	16.15	5.78
Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları	16.33	4.64
Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları	3.65	3.53
Toplam	44.27	17.29

Tablo 16 incelendiğinde; Hastaların aktivite ve dinlenmeye ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalamaları  $8.14 \pm 3.34$ , ilaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalamaları  $16.15 \pm 5.78$ , diyetle ilişkin öz-bakım davranışları  $16.33 \pm 4.64$ , kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları  $3.65 \pm 3.53$  olarak bulunmuştur (Tablo 16). Şekil 4'de hastaların her bir başlıktan alabilecekleri en yüksek puanlar ve aldıkları puanlar grafik halinde sunulmuştur.



Şekil 4. Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Öz-Bakımlarını Değerlendirme Formu Alt Başlıklarından Alabilecekleri En Yüksek Puanlar ve Aldıkları Puanlar

Tablo 17. KKY'li Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlık Puan Ortalamaları ile Cinsiyet Arasındaki Fark (N=80)

<i>KKY Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlıkları</i>	Cinsiyet	n	X	SS	İstatistiksel Değerlendirme
Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları	Kadın	37	8.16	3.55	t=.06 p=.95
	Erkek	43	8.11	3.18	
İlaçların Kullanımına İlişkin	Kadın	37	15.78	5.98	t=.52 p=.60
	Erkek	43	16.46	5.64	
Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları	Kadın	37	17.27	4.35	t=1.71 p=.09
	Erkek	43	15.51	4.77	
Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları	Kadın	37	4.18	3.75	t=1.27 p=.20
	Erkek	43	3.18	3.30	
Toplam	Kadın	37	45.40	15.31	t=.63 p=.53
	Erkek	43	43.27	14.82	

Hastaların Öz-Bakım Davranışları Değerlendirme Formu alt başlık puan Ortalamaları ile cinsiyet arasındaki fark incelendiğinde, kadınların ve erkeklerin tüm



alt başlık puan ortalamaları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır ( $P>.05$ )(Tablo17).

**Tablo 18. Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlık Puan Ortalamaları ile Doktor Kontrollerine Gelme Durumu Arasındaki Fark (N=80)**

<b>KKY Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlıkları</b>	<b>Kontrole Gelme Durumu</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Düzenli	54	9.09	3.38	t=4.02 p=.000
	Düzensiz	26	6.15	2.20	
<b>İlaçların Kullanımına İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Düzenli	54	18.46	5.11	t=6.30 p=.000
	Düzensiz	26	11.34	3.79	
<b>Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Düzenli	54	17.44	4.45	t=3.30 p=.001
	Düzensiz	26	14.00	4.20	
<b>Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Düzenli	54	4.53	3.84	t=3.45 p=.001
	Düzensiz	26	1.80	1.74	
<b>Toplam</b>	Düzenli	54	49.53	14.29	t=5.24 p=.000
	Düzensiz	26	33.30	9.61	

Tablo 18 incelendiğinde; hastaların öz-bakım davranışları alt başlık puan ortalamalarına göre, düzenli olarak doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastaların bulunduğu gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir ( $P<.001$ ).

Yine formun tamamından alınan puan ortalamasına göre de düzenli olarak doktor kontrolüne gelen ( $49.53\pm14.29$ ) ve gelmeyen ( $33.30\pm9.61$ ) hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $P<.001$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19. Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Alt Başlık Puan Ortalamaları ile Gelirin Gideri Karşılama Durumu Durumu Arasındaki Fark(N=80)**

<b>KKY Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlıkları</b>	<b>Gelirin Gideri Karşılama Durumu</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Karşılıyor	47	9.14	3.51	t=3.45 p=.001
	Karşılmıyor	33	6.69	2.48	
<b>İlaçların Kullanımına İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Karşılıyor	47	18.42	5.02	t= 4.74 p=.000
	Karşılmıyor	33	12.90	5.25	
<b>Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Karşılıyor	47	17.60	4.12	t= 3.08 p=.003
	Karşılmıyor	33	14.51	4.78	
<b>Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Karşılıyor	47	4.38	3.83	t=2.40 p=.019
	Karşılmıyor	33	2.61	2.80	
<b>Toplam</b>	Karşılıyor	47	49.55	13.87	t= 4.13 p=.000
	Karşılmıyor	33	36.72	13.38	

Tablo 19 ele alındığında; hastaların öz-bakım davranışları alt başlık puan ortalamalarına göre gelirin gideri karşıladığı grupta bulunan hastalarla, gelirin gideri karşılamadığı grupta yer alan hastalar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir ( $P<.001$ ).

Yine formun tamamından alınan puan ortalamasına göre de gelirin gideri karşıladığı grupta bulunan hastalarla ( $49.55\pm13.87$ ) gelirin gideri karşılamadığı grupta yer alan hastalar ( $36.72\pm13.38$ ) arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P<.001$ ) (Tablo 19).

**Tablo 20. Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Alt Başlık Puan Ortalamaları ile Sosyal Güvence Arasındaki Fark (N=80)**

KKY Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlıkları	Sosyal Güvence	n	X	SS	İstatistiksel Değerlendirme
Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları	Var	58	8.63	3.46	t=2.23 p=.029
	Yok	52	6.81	2.61	
İlaçların Kullanımına İlişkin Öz-Bakım Davranışları	Var	58	17.43	5.57	t=3.43 p=.001
	Yok	52	12.77	4.96	
Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları	Var	58	16.91	4.52	t= 1.87 p=.065
	Yok	52	14.77	4.68	
Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları	Var	58	4.06	3.70	t= 1.74 p=.085
	Yok	52	2.54	2.80	
Toplam	Var	58	47.05	14.82	t=2.82 p=.006
	Yok	52	36.90	13.08	

Hastaların öz-bakım davranışları alt başlık puan ortalamalarına göre sosyal güvencesi olan hastaların bulunduğu grup ile sosyal güvencesi bulunmayan hastaların bulunduğu grup arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir ( $P<.001$ ).

Yine formun tamamından alınan puan ortalamasına göre de sosyal güvencesi olan grupta bulunan hastalarla ( $47.05\pm14.82$ ) sosyal güvencesi olmayan hastaların bulunduğu grup ( $36.90\pm13.08$ ) arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P<.001$ ) (Tablo 20).

Hastaların ailesi ile birlikte ve yalnız yaşama durumlarına göre tüm alt başlık ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır ( $P>.05$ ).

**Tablo 21. Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Alt Başlık Puan Ortalamaları ile Eğitim Durumu Arasındaki Fark (N=80)**

<b>KKY Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlıkları</b>	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	İlkokul	41	7.00	2.51	F=15.24p=.0000 GAKO=250.06 GİKO=631.42
	Ortaokul	21	7.57	2.63	
	Yüksekokul	18	11.38	3.75	
	Toplam	80	8.13	3.34	
<b>İlaçların Kullanımına İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	İlkokul	41	13.07	4.88	F=23.75p=.0000 GAKO=1005.83 GİKO=1630.36
	Ortaokul	21	17.23	4.55	
	Yüksekokul	18	21.88	3.92	
	Toplam	80	16.15	5.77	
<b>Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	İlkokul	41	14.95	4.53	F=7.56 p=.0010 GAKO= 279.07 GİKO= 1420.47
	Ortaokul	21	16.14	4.05	
	Yüksekokul	18	19.66	3.98	
	Toplam	80	16.32	4.63	
<b>Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	İlkokul	41	2.34	2.75	F=21.93p=.0000 GAKO= 357.96 GİKO= 628.23
	Ortaokul	21	2.85	2.98	
	Yüksekokul	18	7.55	2.93	
	Toplam	80	3.65	3.53	
<b>Toplam</b>	İlkokul	41	37.36	12.26	F=23.30p=.0000 GAKO=6700.23 GİKO=11069.25
	Ortaokul	21	43.80	11.59	
	Yüksekokul	18	60.50	11.79	
	Toplam	80	44.26	14.99	

Hastaların öz-bakım davranışları değerlendirme formu her bir alt başlık puan ortalaması ile eğitim durumu arasındaki fark incelendiğinde; **aktivite ve dinlenmeye** ilişkin öz-bakım davranışları başlığında, yüksekokul mezunu hastaların puan ortalamaları ( $11.38 \pm 3.75$ ) ile ortaokul mezunu hastaların ( $7.57 \pm 2.63$ ) ( $3 > 2$ ) ve ilkokul mezunu hastaların ( $7.00 \pm 2.51$ ) puan ortalamaları arasında ( $3 > 1$ ) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P < .001$ ).

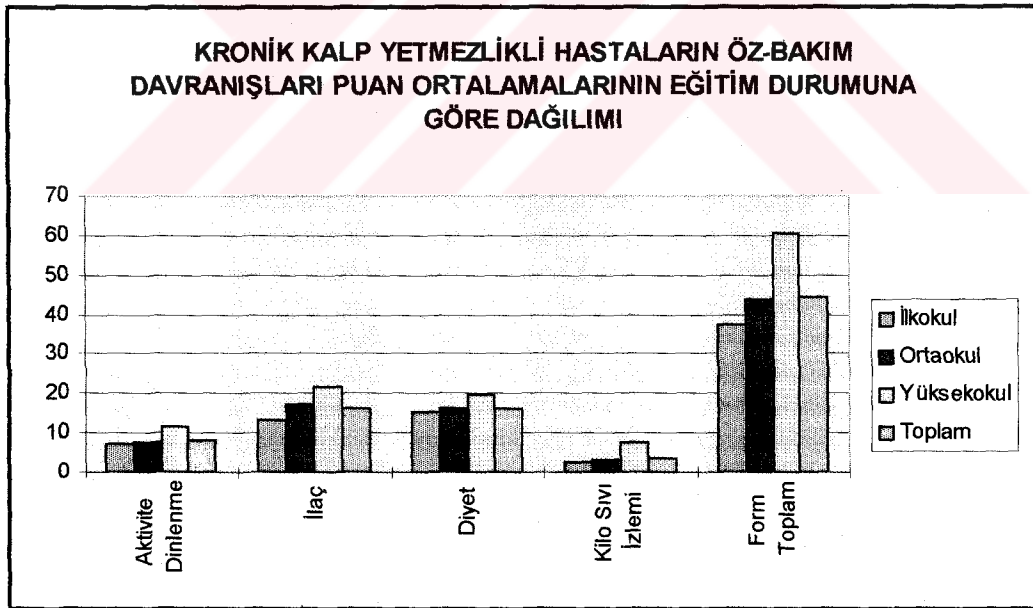
**İlaçların** kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları ele alındığında ise, yüksekokul mezunu hastaların puan ortalamaları ( $21.88 \pm 3.92$ ) ile ortaokul mezunu hastaların ( $17.23 \pm 4.55$ ) ( $3 > 2$ ) ve ilkokul mezunu hastaların ( $13.07 \pm 4.88$ ) puan ortalamaları arasında ( $3 > 1$ ) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P < .001$ ). Ayrıca yine aynı başlıkta, ortaokul mezunu hastaların

(17.23±4.55) (3>2) ile ilkökul mezunu hastaların (13.07±4.88) puan ortalamaları arasında (2>1) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir (P<.001).

**Diyete** ilişkin öz-bakım davranışları alt başlığında da, yüksekokul mezunu hastaların puan ortalamaları (19.66±3.98) ile ortaokul mezunu hastaların (16.14±4.05) (3>2) ve ilkökul mezunu hastaların (14.95±4.53) puan ortalamaları arasında (3>1) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (P<.001).

**Kilo-sıvı izlemine** ilişkin öz-bakım davranışlarında da, yüksekokul mezunu hastaların puan ortalamaları (7.55±2.93) ile ortaokul mezunu hastaların (2.85±2.98) (3>2) ve ilkökul mezunu hastaların (2.34±2.75) puan ortalamaları arasında (3>1) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (P<.001).

Formun alt başlık ayırmaksızın **toplam** olarak eğitim durumu ile karşılaştırılmasında, yüksekokul mezunu hastaların puan ortalamaları (60.50±11.79) ile ortaokul mezunu hastaların (43.80±11.59) (3>2) ve ilkökul mezunu hastaların (37.36±12.26) puan ortalamaları arasında (3>1) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (P<.001) (Tablo 21).



**Şekil 5. Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Öz-Bakım Davranışları Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

**Tablo 22. Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlık Puan Ortalamaları ile NYKB Fonksiyonel Sınıflaması Arasındaki Fark (N=80)**

<b>KKY Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlıkları</b>	<b>NYHA Fonksiyonel Sınıflaması</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Sınıf I	23	8.30	4.02	F=.24 p=.78 GAKO=5.62 GİKO=875.86
	Sınıf II	26	8.38	3.44	
	Sınıf III	31	7.80	2.72	
	Toplam	80	8.13	3.34	
<b>İlaçların Kullanımına İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Sınıf I	23	17.21	6.13	F=1.68 p=.19 GAKO=110.55 GİKO=2525.64
	Sınıf II	26	16.96	5.70	
	Sınıf III	31	14.67	5.42	
	Toplam	80	16.15	5.77	
<b>Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Sınıf I	23	17.17	4.20	F=2.34 p=.10 GAKO=97.75 GİKO=1601.79
	Sınıf II	26	17.23	5.17	
	Sınıf III	31	14.93	4.25	
	Toplam	80	16.32	4.63	
<b>Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	Sınıf I	23	4.04	3.83	F=1.62 p=.20 GAKO=39.93 GİKO=946.26
	Sınıf II	26	4.34	3.38	
	Sınıf III	31	2.77	3.35	
	Toplam	80	3.65	3.53	
<b>Formun Toplamı</b>	Sınıf I	23	46.73	16.75	GAKO=838.36 GİKO=16931.11
	Sınıf II	26	46.92	14.25	
	Sınıf III	31	40.19	13.75	
	Toplam	80	44.26	14.99	

Tablo 22'de görüldüğü gibi, öz-bakım davranışları alt başlıkları puan ortalamaları ile NYKB Fonksiyonel Sınıflaması arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $P>.05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23. Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Alt Başlık Puan Ortalamaları ile Hastalık Süreleri Arasındaki Fark (N=80)**

<b>KKY Hastaların Öz-Bakım Davranışları Alt Başlıkları</b>	<b>Hastalığı n Süresi</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>İstatistiksel Değerlendirme</b>
<b>Aktivite-Dinlenmeye İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	6 - 12 ay	27	9.33	3.90	F= 2.84 p=.06 GAKO=60.73 GİKO=820.75
	13- 24 ay	22	7.27	2.64	
	25 ay ve ↑	31	7.70	3.04	
	Toplam	80	8.13	3.34	
<b>İlaçların Kullanımına İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	6 - 12 ay	27	17.44	5.59	F=2.43 p=.09 GAKO=157.03 GİKO=2479.16
	13- 24 ay	22	13.95	5.83	
	25 ay ve ↑	31	16.58	5.63	
	Toplam	80	16.15	5.77	
<b>Diyete İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	6 - 12 ay	27	17.33	3.70	F= .99 p=.37 GAKO=42.77 GİKO=1656.77
	13- 24 ay	22	16.00	4.42	
	25 ay ve ↑	31	15.67	5.44	
	Toplam	80	16.32	4.63	
<b>Kilo-Sıvı İzlemine İlişkin Öz-Bakım Davranışları</b>	6 - 12 ay	27	4.29	4.05	F=1.13 p=.32 GAKO=28.31 GİKO=957.88
	13- 24 ay	22	2.77	2.54	
	25 ay ve ↑	31	3.70	3.62	
	Toplam	80	3.65	3.53	
<b>Formun Toplamı</b>	6 - 12 ay	27	48.40	14.65	F= 1.99 p=.14 GAKO=874.19 GİKO=16895.29
	13- 24 ay	22	40.00	13.79	
	25 ay ve ↑	31	43.67	15.61	
	Toplam	80	44.26	14.99	

Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Öz-Bakım Davranışları Değerlendirme Formu alt başlık puan ortalamaları ile hastalık süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P>.05$ ) (Tablo 23).

Ayrıca, yine Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Öz-Bakım Davranışları Değerlendirme Formu alt başlık puan ortalamaları ile ilave kronik hastalık sayısı arasında da anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $P>.05$ ).

## 5.5. NSP PUAN ORTALAMALARI İLE ÖZ-BAKIM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 24. NSP Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler

	Emosyonel		Sosyal	Fiziksel	Uyku	
	Enerji	Reak.	Ağrı	İzolasyon		Hareket
Enerji		.48***	.37***	.35**	.49***	.39***
E.Reak.			.46***	.60***	.56***	.53***
Ağrı				.28*	.48***	.36**
S. İzolasyon					.28*	.44***
FizikselHareket						.50***
Uyku						-

P<.05\* P<.01\*\* P<.001\*\*\*

Tablo 24'de görüldüğü gibi, NSP alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur

Tablo 25. Hastaların hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Alt Başlık Puan Ortalamaları ile Toplam Öz-Bakım Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler

	Diyet	İlaç	Kilo-Sıvı	Aktivite-Dinlenme	Toplam Öz-Bakım
	Diyet		.74***	.76***	.51***
İlaç			.76***	.60***	.93***
Kilo-Sıvı				.51***	.87***
Aktivite-Dinlenme					.73***
Toplam Öz-Bakım					-

\*\*\* P<.001



Tablo 25 incelendiğinde, hastaların öz-bakım alt başlık puan ortalamaları ve toplam öz-bakım Puan ortalamaları arasında kuvvetli ilişkiler bulunmuştur.

**Tablo 26. NSP Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Öz-Bakım Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişkiler**

	Diyet	İlaç	Kilo-Sıvı	Aktivite- Dinlenme	Toplam Öz- Bakım
Enerji	-.10	-.17*	.02	-.10	-.12
E.Reaksiyonlar	-.23**	-.16*	-.11	-.17*	-.20**
Ağrı	-.06	-.12	.06	.12	-.02
S. İzolasyon	-.23**	-.14	-.18**	-.01	-.17*
Fiziksel Hareket	-.14	-.12	-.08	.07	-.09
Uyku	.02	-.05	-.04	.04	-.01

P<.05\*\* .05>P<.010\*

Tablo 26 incelendiğinde, NSP'nin emosyonel reaksiyonlar boyutu ile diyet, ilaçların kullanımı, aktivite-dinlenme ve toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında anlamlı negatif ilişkiler bulunmuştur. Sosyal izolasyon boyutu ile diyet, kilo-sıvı izlemi ve toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında da anlamlı negatif ilişkiler görülmektedir.

## **6. TARTIŞMA**

---

Günümüzde sağlık bakımının en önemli amacı, hastalıkların ortaya çıkardığı kısıtlamalara rağmen, hastaların kendilerini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamak, günlük yaşamlarını sürdürebilmelerine yardımcı olarak yaşam kalitelerini arttırmaktır. Bu nedenle hemşirelik bakımı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar üzerine odaklanmalıdır. Hemşirelik bakımını planlamada YK kavramı, boyutları, bireyin tepkileri, duygu ve düşünceleri, gereksinimleri, öz-bakım gücü ve davranışlarının bilinmesi önemlidir (12,13,39,53).

KKY'li hastaların sağlıklarına ilişkin yaşam kaliteleri ve hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı, bireysel ve hastalığa ilişkin özellikler ile yaşam kaliteleri ve öz-bakım davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağıntı kurucu (Asosiasyon) olarak planlanan bu araştırma, 80 hasta örnekleminde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın sonuçları; veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bulgular, hastaların bireysel ve hastalıkla ilgili tanımlayıcı bulguları, bireysel ve hastalıkla ilgili değişkenler ile NSP alt boyutları ve öz-bakımları arasındaki farklarla ilgili bulgular ve NSP ile öz-bakım arasındaki ilişkilere ilişkin bulgular olmak üzere 5 bölüm halinde tartışılacaktır.

### **6.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

#### **6.1.1. NSP'nin Geçerliği**

Batı kültürüne göre geliştirilmiş olan NSP'nin bu araştırmada kullanılabilmesi için öncelikle dil eşdeğerliği çalışması yapılmıştır. Dil eşdeğerliği

çalışması için “Çeviri-Geri Çeviri” yöntemi kullanılmış ve daha sonra Türkçe NSP “Uzman Görüşü” ‘ne sunulmuştur. Türkçe ölçek orijinali ile aynı madde sayısı ve düzenine sahiptir. Ölçmede geçerlik; “Ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmüş olma derecesidir; istenenin başka şeylerle karıştırılmadan ölçülebilmesidir” şeklinde tanımlanmaktadır (28 ).

### 6.1.2. NSP'nin Güvenirliği

Türkçe NSP'nin güvenirliliğini sınamak için ölçeği geliştiren araştırmacılar tarafından da önerildiği gibi “Test-Tekrar Test” yöntemi kullanılmıştır. Test-Tekrar Test yöntemi kullanılarak ölçeğin zamana göre değişmezliği sınanmaktadır. Zamana göre değişmezlik; “Herhangi bir şeyin aynı (benzer) koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veriler arasındaki ilişkidir”. Zamana göre değişmezlik ölçütünde en önemli özellik iki ölçüm arasında bırakılacak süredir ( 28 ). Bizim hasta grubumuzun durumunda ani değişiklikler olabileceğinden 1 hafta ara ile ölçüm yapılması uygun bulunmuştur. “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile elde edilen güvenirlilik katsayıları; enerji ve fiziksel hareket boyutu için .86, ağrı ve uyku boyutu için .92, emosyonel reaksiyonlar boyutu için .96, sosyal izolasyon boyutu için .87’dir (P<.001) (Tablo 1).

NSP’ nin geliştirilmesi aşamasında, güvenirliliği belirlemek amacıyla yapılan iki çalışmada “Test-Tekrar Test” yöntemi kullanılmıştır. Kalça replasmanı için ameliyat listesinde bekleyen osteoporozlu 58 hastaya 4 hafta ara ile ölçek postalanmıştır. Bu çalışmada NSP güvenilir olarak (Enerji boyutunda  $r = .77$ , ağrı boyutunda  $r = .79$ , emosyonel reaksiyonlar boyutunda  $r = .80$ , uyku boyutunda  $r = .85$ , sosyal izolasyon boyutunda  $r = .78$ , fiziksel hareket boyutunda  $r = .85$  ) bulunmuştur (P<.001) ( 22,24 ).

Güvenirlilik için yapılan bir diğer çalışmada da, periferik damar hastalığı olan 93 hastaya yine 4 hafta ara ile ölçek uygulanmış ve güvenirlilik katsayıları (Enerji boyutunda  $r = .77$ , ağrı boyutunda  $r = .86$ , emosyonel reaksiyonlar boyutunda  $r = .75$ , uyku boyutunda  $r = .85$ , sosyal izolasyon boyutunda  $r = .79$ , fiziksel hareket

boyutunda ( $r=.79$ ) bulunmuştur ( $P<.001$ ) ( 22,24 ). Bulgularımız bu çalışmalara paralellik göstermektedir.

### **6.1.3. KKY'li Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formunun Geçerliği**

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak oluşturulan formun içerik geçerliği için "Uzman Görüşü" alınmıştır.

### **6.1.4. KKY'li Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formunun Güvenirliği**

Formun güvenirligi için , "İç Tutarlık" yöntemi kullanılmıştır. İç tutarlığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. Bunun sayısal olarak saptanabilmesi için en sıklıkla başvurulan yöntem "Madde İstatistikleri - Kuder-Richardson Formülleri" 'dir . Madde istatistikleri her maddenin aldığı değer ile formun tümünden alınan toplam değer ile arasındaki ilişkiyi ifade eder ( 28 ).

KKY'li Hastaların Öz-Bakım Davranışları Değerlendirme Formu'nun madde-toplam puan güvenirlilik katsayıları maddeden maddeye farklılık göstermiş, 1 maddenin (Diyet 7) "r" değeri .20'nin altında bulunduğu için formdan çıkarılmış ve tekrar iç tutarlık bakılmıştır (Tablo 2). Ayrıca her bir altbaşlık ve toplam için Cronbach's Alfa bulunmuştur. Diyete ilişkin öz-bakım davranışları güvenirlilik katsayısı .80, dinlenme ve aktiviteye ilişkin öz-bakım davranışları güvenirlilik katsayısı .76, ilaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları güvenirlilik katsayısı .86, kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları güvenirlilik katsayısı .84 olarak bulunurken formun Cronbach's Alfa değeri .95 olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Güvenirlilik çalışmalarında "r" korelasyon katsayısı 0-1 arasında değer alır. Değer bir (1.00)'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir.

## 6.2. HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalamaları,  $66.90 \pm 10.66$ , yaş aralığı 43-90 olarak belirlenmiştir. Literatürde yaş ilerledikçe KKY'nin görülme oranının arttığı belirtilmektedir ( 11,25,39,53 ). Hastaların % 53.8'i (n=43) erkek , % 46.2'si, (n=37) kadın olup, % 51.2'si (n=41) ilkokul mezunu, % 26.3'ü (n=21) ortaokul mezunu, % 22.5'i (n=18) yüksekokul mezunudur. Hastaların %72.5'inin (n=58) sosyal güvencesi bulunmaktadır ve %50'si (n=40) emeklidir. % 58.8'inin (n=47) geliri giderini karşılamamaktadır (Tablo 4). Hastaların % 38.8'i (n=31) 25 aydan fazla bir süreden beri KKY ye sahiptir ve % 67.5' i (n=54) düzenli olarak doktor kontrollerine gelmektedir. NYKB fonksiyonel sınıflamasına göre hastaların % 38.8'i (n=31) sınıf III'te yer almaktadır (Tablo 5).

## 6.3. BİREYSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER İLE NSP ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKLAR

### Hastalarda NSP Alt Boyutlarında Etkilenme Var mı?

Hastaların NSP alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, hastaların tüm alt boyutlarda hastalıktan etkilendiği görülmektedir. Ancak hastaların en yüksek puan ortalamasına enerji boyutunda ( $85.51 \pm 28.97$ ), en düşük puan ortalamasına ağrı boyutunda ( $27.48 \pm 26.80$ ) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Aravot ve arkadaşlarının (3) ileri derecede kalp yetmezliği olan ve kalp transplantasyonu için bekleyen 25 hastanın ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirlemek üzere NSP'yi kullanarak yaptıkları çalışmalarında; hastaların tüm alt boyutlarda hastalıktan etkilendikleri belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, etkilenmenin en fazla enerji boyutunda, en az ise ağrı boyutunda olduğu gösterilmiştir.

İngiltere Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bölümü (The Department of Health and Social Security in England, 1985) 'nün (22) kalp transplantasyonunun yararları ve maliyeti ile ilgili yaptığı bir çalışmada; hastaların en fazla enerji, uyku, fiziksel hareket, sosyal izolasyon boyutlarında hastalıktan etkilendikleri, ağrı boyutunda etkilenmenin az olduğunu belirlenmiştir.

O'Brien ve arkadaşlarının (22) NSP kullanarak kalp ve akciğer transplantasyonu öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmada; hastaların enerji, uyku, fiziksel hareket, sosyal izolasyon, emosyonel reaksiyonlar ve ağrı boyutlarında etkilendiklerini en fazla etkilenmenin enerji, en az etkilenmenin ise ağrı boyutunda olduğunu gösterilmiştir.

Muirhead ve arkadaşları (19) transplantasyon için bekleyen KKY'li hastalarda güçsüzlük, ve yorgunluğu en sık ortaya çıkan fiziksel sorun, anksiyete ve depresyonu ise en sık rastlanan psikolojik sorun olarak belirlemişlerdir.

Grady ve arkadaşları (19) kalp transplantasyonu için bekleyen 175 KKY'li hastada yorgunluk, egzersiz dispnesi, ve uyuma güçlüğü en sık görülen ve en fazla rahatsızlık verici sorunlar olarak saptamışlardır. Ayrıca bu sorunların yoğunluğunun artmasına paralel olarak fonksiyonel yetersizlik, yaşam doyumu ve yaşam kalitesinde düşme arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır. Araştırma bulgularımız bu araştırma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

### **Cinsiyete Göre NSP Alt Boyutlarında Etkilenme Farkı Var mı?**

NSP tüm alt boyutlarında kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık belirlenmemiştir ( $P > .05$ )(Tablo 7).

Durna'nın (13) "Kanserli hastada yaşam kalitesi ve bakım gereksinimlerinin saptanması" isimli araştırmasında; erkek hastalar ile kadın hastalar arasında sadece fiziksel iyilik puan ortalamaları bölümünde anlamlı fark bulunurken ölçeğin diğer bölümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Dracup ve arkadaşlarının (10) "İleri kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri" isimli çalışmasında da cinsiyete göre hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Pınar'ın (40) "Diyabetes Mellituslu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi" isimli çalışmasında da global olarak yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Adaylar'ın (1) "Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıdaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri" isimli çalışmasında kadın ve erkek hastaların hastalığa uyum puan ortalamaları açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kaçar'ın (27) "Düzenli hemodiyaliz tedavisinde olan hastalara uygulanan eğitimin yaşam kalitesine etkisi" konulu çalışmasında cinsiyete göre hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

NSP'nin tüm alt boyutlarında kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması sıralanan araştırma sonuçlarına uygunluk göstermektedir.

### **Sosyal Güvencesi Olan ve Olmayan, Geliri Giderini Karşılaman ve Karşılamanayan, Yalnız ve Ailesi ile Beraber Yaşayan, Düzenli Olarak Doktor Kontrollerine Gelen ve Gelmeyen Hastalar Arasında NSP Alt Boyutlarında Etkilenme Farkı Var mı?**

Sosyal güvencesi olan ve olmayan, geliri giderini karşılayan ve karşılamayan, düzenli olarak doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastaların NSP alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde hiç bir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 8,9,10,11).

Pınar (40)'ın çalışmasında sosyal güvence ve yaşama durumlarına göre hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da sosyal güvence ve yaşama durumlarına göre hastalar arasında

anlamli bir fark belirlenmemiştir ( $P > .05$ ). Pınar'ın aynı çalışmasında geliri giderini karşılayan ve karşılamayan hastaların yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken bizim çalışmamızda geliri giderini ve karşılamayan hastalar, geliri giderini karşılayan hastalara göre tüm alt boyutlarda daha yüksek puan ortalamalarına sahip olmalarına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $P > .05$ )(40). Bizim çalışmamızda sağlığa ilişkin yaşam kalitesi incelenmiştir. Ekonomik faktörlerin yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek için ekonomik faktörlerin daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

### **Eğitim Durumlarına Göre Hastaların NSP Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasında Etkilenme Farkı Var mı?**

Hastaların eğitim durumlarına göre NSP alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 12).

Duma (13) 'nın "Kanserli hastada yaşam kalitesi ve bakım gereksinimlerinin saptanması" isimli çalışmasında; "Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği, Doktorla İlişki" alt bölümünde eğitim düzeylerine göre anlamlı ilişki bulunurken diğer alt bölümlerde ve ölçek toplamında eğitim düzeylerine göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Pınar (40) 'ın "Diyabetes mellituslu hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin incelenmesi" isimli araştırmasında, eğitim durumu arttıkça esenlik, genel sağlık genel sağlık anlayışı puanları ve global olarak yaşam kalitesi puanlarının arttığı bulunmuştur.

Bizim vakalarımızın % 51.2'si ilkokul mezunudur. Toplumumuzda eğitim seviyesi düştükçe hastaların sorunlarını ifade etmekte güçlük çekebileceğinin, eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların sorunlarını daha açık ve rahat bir şekilde ifade etmelerinin bu sonucu etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

### **İlave Kronik Hastalık Durumuna Göre Hastalar Arasında Etkilenme Farkı Var mı?**



İlave 2 ve üzerinde hastalık olan grupta yer alan hastalar ile ilave hastalığın olmadığı grupta yer alan hastaların puan ortalamaları arasında tüm alt boyutlarda ileri derecede anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $P < .001$ ). İlave 2 hastalık ve ilave 1 hastalığın bulunduğu grupta yer alan hastaların puan ortalamaları arasında sadece fiziksel hareket boyutunda anlamlı bir istatistiksel farklılık bulunurken ( $P < .001$ ) diğer boyutlarda anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $P > .05$ ). İlave 1 hastalığın olduğu grup ile ilave hastalığın olmadığı grup arasında sosyal izolasyon boyutunda anlamlı fark belirlenmiş ( $P < .001$ ) diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 13).

Ulaşabildiğimiz yaşam kalitesi araştırmalarında bu konu ile ilgili verilere rastlanmamıştır. Ancak KKY hastalarda fiziksel ve psikososyal birçok soruna neden olan ve hastaların yaşam kalitelerini etkileyen bir hastalıktır.. Bu hastalığa başka kronik hastalıkların da ilave olması hastaların yaşadıkları sorunların daha da çok artmasına ve yaşam kalitelerinin daha da fazla düşmesine neden olduğunu düşünmekteyiz.

### **NYKB Fonksiyonel Sınıflamasına Göre NSP Alt Boyutları Arasında Etkilenme Farkı Var mı?**

NYKB Fonksiyonel Sınıflamasına göre Sınıf III'te yer alan hastalar ile Sınıf I'de yer alan hastalar ve Sınıf II'de yer alan hastalar, Sınıf II'de yer alan hastalar ile Sınıf I'de yer alan hastalar arasında enerji, fiziksel hareket, ağrı, uyku, sosyal izolasyon, emosyonel reaksiyonlar boyutlarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca, Sınıf II ile Sınıf I'de yer alan hastalar arasında da fiziksel hareket ve emosyonel reaksiyonlar boyutlarında ileri derecede istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ( $P < .001$ ) (Tablo 14).

Darcup ve arkadaşlarının (10) "İleri kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri" isimli çalışmasının sonuçlarına çalışmamızda elde edilen veriler paralellik göstermektedir.

## **Hastalık Sürelerine Göre NSP Alt Boyutları Arasında Etkilenme Farkı Var mı?**

Hastalık sürelerine göre; 6-12 ay, 13-24 ay ve 25 aydan daha uzun bir süreden beri KKY'li hastaların NSP alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 15). Ulaşabildiğimiz yaşam kalitesi ile ilgili literatürde hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. KKY'nin belirti ve bulgularının ortaya çıkışına kadar organizmada pek çok kompensasyon mekanizmalarının devreye girdiği ve bir süre bu mekanizmalarla hastalığın kontrol altında tutulduğu literatürde belirtilmektedir. Genellikle hastaların bu mekanizmaların yetersiz kalması ve hatta hasta için sorun halini almasından sonra kliniğe başvurmasının bu süreleri önemsiz hale getirdiğini düşünmekteyiz.

## **6.3. BİREYSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER İLE KKY'Lİ HASTALARIN ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARI ALT BAŞLIK PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKLAR**

### **KKY'li Hastaların Aktivite-Dinlenme, Diyet, İlaçların Kullanımı, Kilo-Sıvı İzlemine Yönelik Davranışlarına İlişkin Yetersizlikleri Var mı?**

Hastaların aktivite-dinlenme, ilaçların kullanımı, kilo-sıvı izlemi ve diyetle yönelik yetersiz öz-bakım davranışlarına sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 16). Hastaların aktivite ve dinlenmeye yönelik öz-bakım davranışları puan ortalaması  $8.14 \pm 3.34$  (Formdan alınabilecek en yüksek puan 16), ilaçların kullanımına ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalaması  $16.15 \pm 5.78$  (Formdan alınabilecek en yüksek puan 26), diyetle ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalaması  $16.33 \pm 4.64$  (Formdan alınabilecek en yüksek puan 24), kilo-sıvı izlemine ilişkin öz-bakım davranışları puan ortalaması  $3.65 \pm 3.5$  (Formdan alınabilecek en yüksek puan 12), toplam öz-bakım davranışları puan ortalaması  $44.27 \pm 17.29$  (Alınabilecek en yüksek puan 78) olarak belirlenmiştir.

Ghali ve arkadaşlarının (17), "Kronik kalp yetmezliğinde dekompansemana yolaçan faktörler" isimli, 101 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarda hastaların % 22'sinde diyetle uymama, % 6'sında ilaçlarını kullanmama, %37'sinde hem diyetle hem de ilaçları doğru olarak kullanmama dekompansemana neden olan faktörler olarak belirlenmiştir.

Vinson ve arkadaşlarının (11) çalışmasında ise, kalp yetmezliği ile hastaneye yatırılan hastaların % 27'sinin taburcu olduktan sonra 90 gün içinde tekrar hastaneye başvurduğu ve bu başvuruların en önemli nedeninin diyet ve ilaçlara uymama olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarımız bu araştırmaların sonuçlarına uygunluk göstermektedir (11,17).

### **Kadın ve Erkek Hastaların Öz-bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Cinsiyetlerine göre hastaların öz-bakım davranışları incelendiğinde aralarında anlamlı bir istatistiksel fark belirlenmemiştir ( $P > .05$ ) (Tablo 17).

Can (5) "Kemoterapi uygulanan hastalarda yan etkilerin kontrolüne yönelik eğitimin öz-bakım davranışlarına olan etkisinin değerlendirilmesi" isimli çalışmasında hastaların cinsiyetlerine göre öz-bakım uygulamaları etkinliği değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Ghali ve arkadaşlarının (17) çalışmasında ilaçların kullanımı, tıbbi tedavi, diyet konularında erkeklerin kadınlara göre daha uyumsuz olduğu belirlenmiştir.

Nahçıvan (35)' in "Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi" konulu çalışmasında kadınların öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ghali ve arkadaşlarının çalışması ile Nahçıvan'ın çalışmasının sonuçlarına araştırmamızın bu bulgusu paralellik göstermemektedir.

### **Düzenli Olarak Doktor Kontrollerine Gelen ve Gelmeyen Hastaların Öz-Bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Düzenli olarak doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir (Tablo 18) ( $P < .001$ ).

KKY ile ilgili ulaşabildiğimiz çalışmalarda bu değişkenin ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak hastaların düzenli olarak doktor kontrolüne gelmelerinin ilaçlarını doğru ve düzenli olarak kullanmalarını, kilo, ödem, ilaçların yan etkileri yönünden izlenmelerinin ve kendilerine araştırma yapılan klinikte sistemli bir şekilde olmasa da hastalıkları ile ilgili önerilerin yapılması sonucu bu sonucun elde edildiğini düşünmekteyiz.

### **Geliri Giderini Karşılaman ve Karşılamanayan Hastaların Öz-bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Geliri giderini karşılayan ve geliri giderini karşılamayan hastaların öz-bakım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir ( $P < .001$ ) (Tablo 19).

Literatürde KKY ile ilgili yapılan çalışmalarda bu veriye rastlanmamakla birlikte, geliri giderini karşılayan hastaların doktor kontrollerine daha düzenli olarak gelebilmelerinin, ilaçlarını daha rahatlıkla alabilmelerinin ve kendilerine dinlenme için daha rahat bir ortam sağlayabilmelerinin bu sonucu etkilediğini düşünmekteyiz.

### **Sosyal Güvencesi Olan ve Olmayan Hastaların Öz-bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların öz-bakım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede fark belirlenmiştir ( $P < .001$ ) (Tablo 20). Ulaşabildiğimiz literatürde bu konunun ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sosyal güvencenin, hastaların sağlık kuruluşlarına daha düzenli gelmelerinin, ilaçlarını rahatlıkla alabilmelerinin ve gerekli tanı ve izlem girişimlerini daha rahat yaptırabilmelerinin bu sonucu etkilediğini düşünmekteyiz.

### **Eğitim Durumlarına Göre Hastaların z-Bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Hastaların eğitim durumlarına göre öz-bakım davranışları puan ortalamaları incelendiğinde, yüksekokul mezunu hastalar ile ortaokul mezunu hastalar arasında aktivite-dinlenme, diyet, ilaçlar, kilo-sıvı izlemi alt başlıklarında ve toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında ileri derecede istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Ayrıca, yüksekokul mezunu hastalar ile ilkokul mezunu hastaların aktivite-dinlenme aktivite-dinlenme, diyet, ilaçlar, kilo-sıvı izlemi alt başlıklarında ve toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında da ileri derecede istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir Aktivite-dinlenme, ilaçların kullanımı alt başlıklarında da ortaokul mezunu ile ilkokul mezunu hastalar arasında ileri derecede istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ( $P<.001$ ) (Tablo 21).

Ghali ve arkadaşlarının (17), çalışmasının sonuçlarına çalışmamız paralellik göstermektedir. Adayların (1) alışmasındada eğitim durumu arttıkça hastalığa uyumun arttığı bulgulanmıştır.

### **Hastalık Süresine Göre Hastaların z-Bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Hastalık sürelerine göre hastaların öz-bakım davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır ( $P>.05$ ) (Tablo 22). Bu bulgunun ele alındığı bir çalışmaya literatürde ulaşılamamamıştır.

## **6.4. NSP PUAN ORTALAMALARI İLE Z-BAKIM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

### **NSP Tüm Alt Boyutlarının Birbirleri Arasında İlişki Var mı?**

NSP tüm alt boyutları arasında değişen derecelerde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir ( $P<.05$ ,  $P<.01$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 22).

## **Eğitim Durumlarına Göre Hastaların z-Bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Hastaların eğitim durumlarına göre öz-bakım davranışları puan ortalamaları incelendiğinde, yüksekokul mezunu hastalar ile ortaokul mezunu hastalar arasında aktivite-dinlenme, diyet, ilaçlar, kilo-sıvı izlemi alt başlıklarında ve toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında ileri derecede istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Ayrıca, yüksekokul mezunu hastalar ile ilkokul mezunu hastaların aktivite-dinlenme aktivite-dinlenme, diyet, ilaçlar, kilo-sıvı izlemi alt başlıklarında ve toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında da ileri derecede istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir Aktivite-dinlenme, ilaçların kullanımı alt başlıklarında da ortaokul mezunu ile ilkokul mezunu hastalar arasında ileri derecede istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ( $P<.001$ ) (Tablo 21).

Ghali ve arkadaşlarının (17), çalışmasının sonuçlarına çalışmamız paralellik göstermektedir. Adayların (1) alışmasında da eğitim durumu arttıkça hastalığa uyumun arttığı bulgulanmıştır.

## **Hastalık Süresine Göre Hastaların z-Bakım Davranışları Arasında Fark Var mı?**

Hastalık sürelerine göre hastaların öz-bakım davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır ( $P>.05$ ) (Tablo 22). Bu bulgunun ele alındığı bir çalışmaya literatürde ulaşılamamıştır.

## **6.4. NSP PUAN ORTALAMALARI İLE Z-BAKIM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

### **NSP Tüm Alt Boyutlarının Birbirleri Arasında İlişki Var mı?**

NSP tüm alt boyutları arasında değişen derecelerde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir ( $P<.05$ ,  $P<.01$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 24).

### **KKY'li Hastaların Hastalıklarına Yönelik Öz-Bakım Davranışları Alt Başlık Puan Ortalamaları Arasında İlişki Var mı?**

KKY'li Hastaların hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışları alt başlık puan ortalamaları ve toplam öz-bakım puan ortalaması arasında kuvvetli ilişkiler bulunmuştur ( $P < .001$ ) (Tablo 25).

### **NSP Alt Boyutları ile Öz-Bakım Davranışları Alt Başlık Puan Ortalamaları ve Toplam Puan Ortalaması Arasında İlişki Var mı?**

NSP'nin emosyonel reaksiyonlar boyutu ile diyet, ilaçlar, aktivite-dinlenme ve toplam öz-bakım puanları arasında anlamlı negatif ilişkiler bulunmuştur. Sosyal izolasyon boyutu ile diyet, kilo-sıvı izlemi toplam öz-bakım puan ortalamaları arasında da anlamlı negatif ilişkiler görülmektedir ( $P < .05$ ,  $.05 > P < .010$ ) ( (Tablo 26).

Pınar'ın (40) çalışmasında hastaların öz-bakım gücü ile yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

KKY'li hastaların bakımında önemli kavramlar haline gelmiş olan yaşam kalitesi ve öz-bakım birbirlerini etkileyebilirler. Yaşam kalitesinin artması öz-bakımı olumlu yönde etkileyebildiği gibi, uygun öz-bakım davranışlarının kullanılması yaşam kalitesini de etkileyebilir.

## **7. SONUÇ VE ÖNERİLER**

---

---

### **7.1. SONUÇLAR**

KKY'li hastaların sağlıklarına ilişkin yaşam kalitelerini ve hastalıklarına yönelik öz-bakım davranışlarını belirlemek ve elde edilen veriler doğrultusunda bir hasta eğitim kitapçığı hazırlamak amacı ile planlanan ve gerçekteştirilen araştırmanın sonuçları aşağıda sıralanmıştır:

#### **7.1.1. Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirliği**

NSP'nin dil eşdeğerliği çalışması uzman görüşüne başvurularak yapılmıştır. Türkçe ölçek ve aslı aynı madde düzeni ve sayısına sahiptir. Türkçe NSP'nin güvenirliği "Test Tekrar Test" yöntemi ile yapılmış ve her bir alt boyut için güvenirlik katsayısı (Enerji ve fiziksel hareket boyutu için  $r = .86$ , uyku ve ağrı boyutu için  $r = .92$ , sosyal izolasyon boyutu için  $r = .87$ , emosyonel reaksiyonlar boyutu için  $r = .96$ ) elde edilmiştir ( $P < .001$ ) (Tablo 1).

KKY'li hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu'nun içerik geçerliği uzman görüşüne başvurularak belirlenmiştir. Formun güvenirliğini saptamada ise "İç Tutarlık" yöntemi kullanılmıştır. Her bir madde varyansı ile toplam puan güvenirliği katsayıları maddeden maddeye farklılık göstermiştir. Formun Cronbach's alfa değerleri  $.95$  olarak bulunmuştur ( $P < .001$ ) (Tablo 2).



### 7.1.2. Bireysel ve Hastalıkla İlgili Özellikler

Hastaların yaş ortalaması  $66.90 \pm 10.66$ , yaş aralığı 43-90, % 58.8'i (n=43) erkek, % 51.2'si ilkokul mezunu, % 58.8'i (n=47) evli, % 72.5'i (n=28) ev hanımı % 58.8'inin (n=47) geliri giderini karşılamaktadır (Tablo 4). Hastaların % 38.8'i (n=31) 25 ay ve daha uzun süredir KKY'ye sahiptir ve % 67.5' i (n=54)düzenli olarak doktor kontrollerine gelmektedir. Yüzde ellisinin (n=40) KKY dışında iki ya da daha fazla kronik bir hastalığı vardır ve % 38.8'i (n=31) NYKB Fonksiyonel Sınıflamasına göre sınıf III'de yer almaktadır (Tablo 5).

### 7.1.3. Bireysel ve Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Arasındaki Farklar

Hastaların NSP'nin tüm alt boyutlarında aldıkları puan ortalamalarına göre, tüm alt boyutlarda hastalıktan etkilendikleri, en fazla etkilenmenin enerji boyutunda ( $x = 85.51 \pm 28.97$ ) en az etkilenmenin ise ağrı boyutunda ( $x = 27.48 \pm 26.80$ ) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Kadın ve erkek, geliri giderini karşılayan ve karşılamayan, yalnız ve ailesi ile yaşayan, sosyal güvencesi olan ve olmayan, düzenli doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastalar arasında NSP tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 7,8,9,10,11). Hastaların eğitim durumlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $P > .05$ ) (Tablo 12).

İlave 2 ve üzerinde hastalık olan grupta yer alan hastalar ile ilave hastalığın olmadığı grupta yer alan hastaların puan ortalamaları arasında tüm alt boyutlarda ileri derecede anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $P < .001$ ). İlave 2 hastalık ve ilave 1 hastalığın bulunduğu grupta yer alan hastaların puan ortalamaları arasında sadece fiziksel hareket boyutunda anlamlı bir istatistiksel farklılık bulunurken ( $P < .001$ ) diğer boyutlarda anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $P > .05$ ). İlave 1 hastalığın olduğu grup ile ilave hastalığın olmadığı grup arasında sosyal izolasyon boyutunda anlamlı fark belirlenmiş ( $P < .001$ ) diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 13).

NYKB Fonksiyonel Sınıflamasına göre; tüm alt boyutlarda sınıf III ve sınıf I, sınıf II ve sınıf I'de yeralan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fiziksel hareket ve emosyonel reaksiyonlar boyutunda ise sınıf III ve sınıf II arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir ( $P < .001$ ) (Tablo 14).

Hastalığın süresine göre NSP alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 15).

#### **7.1.4. Bireysel-Hastalıkla İlgili Özellikler ile Öz-Bakım Davranışları Arasındaki Farklar**

Hastaların aktivite-dinlenme, ilaçların kullanımı, kilo-sıvı izlemi ve diyetle yönelik yetersiz öz-bakım davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

Hastaların cinsiyetlerine göre öz-bakım davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $P > .05$ ) (Tablo 17).

Düzenli olarak doktor kontrolüne gelen ve gelmeyen, geliri giderini karşılayan ve karşılamayan, sosyal güvencesi bulunan ve bulunmayan hastalar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P < .001$ ) (Tablo 18,19,20).

Eğitim durumlarına göre; yüksekokul ve ortaokul, yüksekokul ve ilkokul mezunu hastaların tüm alt başlıklar ve toplam öz-bakım davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark belirlenmiştir ( $P < .001$ ). Ayrıca ortaokul ve ilkokul mezunu hastaların ilaçlara yönelik öz-bakım davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P < .001$ ) (Tablo 21).

NYKB Fonksiyonel Sınıflaması, hastalık süreleri ve ilave kronik hastalık durumuna göre tüm alt başlık ve toplam öz-bakım davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $P > .05$ ) (Tablo 22,23).

#### **7.1.5. Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Davranışları Arasındaki İlişki**

NSP alt boyut puan ortalamaları arasında değişen derecelerde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ( $P < .05$ ,  $P < .01$ ,  $P < .001$ ) (Tablo 24).

## 8. ÖZET

---

Bu araştırma; kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerini ve öz-bakım davranışlarını belirlemek ve elde edilen veriler doğrultusunda bir eğitim kitapçığı hazırlamak amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Araştırma; Marmara Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Polikliniği'nde 15 Ocak-15 Mayıs 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubu; öykü, klinik bulgular ve ekokardiyografi bulguları ile kesin olarak kronik kalp yetmezliği tanısı konmuş, en az 6 aydır izlenen, herhangi bir iletişim sorunu olmayan ve 20 yaşın üstünde 80 hasta alınmıştır.

Araştırma verileri; "Hasta Bilgi Formu", "Nottingham Sağlık Profili" ve "KKY'li Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu" kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırmanın ilk aşamasında; İngilizce olan Nottingham Sağlık Profili'nin dil geçerliliği yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için ise, "Test-Tekrar Test" yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 30 hastaya 1 hafta ara ile 2 kez uygulanmıştır. Güvenirlik katsayıları; enerji ve fiziksel hareket boyutu için .87, ağrı ve uyku boyutu için .92, sosyal izolasyon boyutu için .87, emosyonel reaksiyonlar boyutu için .96 olarak bulunmuştur. Araştırmacı tarafından hazırlanan KKY'li Hastaların Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Formu'nun içerik geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuştur. Formun güvenilirliği için "İç Tutarlık" yöntemi kullanılmış ve Cronbach's alfa değeri .95 olarak belirlenmiştir.

İkinci aşamada; 80 KKY'li hastanın yaşam kalitesi ve öz-bakım davranışları, incelenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde; "Yüzdellik", "T Testi", "Tek Yönlü Varyans Analizi", "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu" teknikleri kullanılmıştır.

Hastaların % 58.8'i erkek, % 40'ı ilkokul mezunu, % 38.8'i 25 ay ve daha uzun bir süreden beri kalp yetmezliğine sahip ve New York Kalp Birliği Fonksiyonel Sınıflamasına göre sınıf III'te yer almaktadır. Cinsiyet, gelir durumu, sosyal güvence, düzenli doktor kontrollerine gelme ve eğitim durumlarına göre hastaların yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. NYKB Fonksiyonel Sınıflamasına göre Nottingham Sağlık Profili'nin tüm alt boyutlarında anlamlı etkilenme farklılıkları bulunmuştur. Hastaların aktivite-dinlenme, ilaçların kullanımı, kilo-sıvı izlemi ve diyeteye yönelik yetersiz öz-bakım davranışlarına sahip olduğu bulunmuştur. Düzenli doktor kontrolüne gelme, sosyal güvence, geliri giderini karşılama durumu ve eğitim durumlarına göre öz-bakım davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ve öz-bakım arasında ise değişen derecelerde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

## **SUMMARY**

This study was planned to determine the self-care behaviors and quality of life of chronic heart failure patients. With the data that was obtained, a patient education booklet was prepared.

The research was carried out in the outpatient department of the Cardiology Service at Marmara University between January 15 and May 15 1997. The sample group consisted of 80 patients over the age of 20. All were conclusively diagnosed with chronic heart failure, based on history, clinical symptoms and echocardiography findings.

Data was collected using the "Patient Information Form", "Nottingham Health Profile", and "Chronic Heart Failure Patients' Self-Care Behaviors Evaluation Form".

The first stage of the study was the translation of the Nottingham Health Profile into Turkish and the establishment of language validity. Reliability was established by using the "Test-Retest" method. The scale was administered to the same 30 patients on two consecutive weeks. The reliability coefficients for the various dimensions of the profile were as follows: energy and physical activity, .87; pain and sleep, .92; social isolation, .87; and emotional reactions, .96. Nursing experts were consulted to establish content validity of the Chronic Heart Failure Patients' Self-Care Behaviors Evaluation Form". The "Internal Consistency Method" was used to determine reliability, The Cronbach' s  $\alpha$  score was .95.

In the second stage, 80 patients with chronic heart failure were surveyed to determine their quality of life and self-care behaviors.

The data were evaluated statistically by the "Percentage", "T Test", "Analysis of Variance", and "Pearson Correlation" tests.

58.8 % of the patients were male, 40 % had only an elementary school education, and 38.8 % had been ill with chronic heart failure for 25 months or longer and were rated as Class III according to the New York Heart Association Functional Classification Scale. There was no statistically significant difference found between quality of life and the following variables: sex, income, education level, social security, and regularity of doctor visits. A significant relationship was found between the various sub-dimensions of the Nottingham Health Profile and the Functional Classification of the New York Heart Association. All of the subjects were found to be inadequate in the following self-care categories: activity/rest; use of medications; weight/fluid control; and diet. There was a significant difference between self-care behaviors and the following variables: regularity of doctor visits, income, education level, and social security. A significant relationship was found between self-care behaviors and quality of life.

## 9. KAYNAKLAR

---

---

1. Adaylar, M.: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı Ve Öz-Bakım Yönelimleri, İ.Ü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
2. Akgün, G.: Kalp Yetmezliği, Editörler: S. Ünal, S. Akalın, G. Süleymanlar: Temel İç Hastalıkları. Cilt 1, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996. S.168-184.
3. Aravot, D.J. Et Al. : Cardiac Transplantation In The Seventh Decade Of Life, *Am J Cardiol*, 63, 1989, P. 90-93.
4. Black, J.M., M.B., Jacobs, E.M.: Chronic Conditions. Lucmann And Sorensen's Medical-Surgical Nursing A Physiological Approach, W.B. Saunders A Division Of Harcourt Brace&Co., 4<sup>th</sup> Ed., London, 1993.
5. Can, G.: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yan Etkilerin Kontrolüne Yönelik Eğitimin Öz-Bakım Davranışlarına Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1995.
6. Coats, A.J.S., Adamopoulos, S., Meyer, T.E., Conway, J., Sleight, P.: Effects Of Physical Training In Chronic Heart Failure, *Lancet*, 335, 1990, P.63-66.
7. Cowan, M.J., Graham, K.Y., Cochrane, B.L.: Comparison Of A Theory Of Quality Of Life Between Myocardial Infarction And Malignant Melanoma: A Plot Study, *Progress In Cardiovascular Nursing*, 7:1, January/March, 1992, P.18-27.

8. Dean, H.: Multiple Instruments For Measuring Quality Of Life, In Frank Stromborg M. (Ed.): Instruments For Clinical Nursing Research Norwalk CN, Appleton&Lange , 1988. P. 97-106.
9. Dracup et al: Manegement Of Heart Failure, II. Counselling, Education, And Lifestyle Modifications, **JAMA**, November, 272:18, 1994.P.1442-46.
10. Dracup et al: Quality Of Life Patients With Advanced Heart Failure, **J Heart Lung Transplant**, 11:2, 1992. P. 273-79.
11. Dracup, K., Dunbar, S., Baker, D.W.: Rethinking Hearth Failure, **Ajn**, July, 1995, P.23-28.
12. Dunbar, S., Dracup, K.: Agency For Health Care Policy And Research: Clinical Practice Guidelines For Heart Failure, **J Cardiovas Nurs**, 10:2, 1996, P.85-88.
13. Durna, Z.: Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi Ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanmasına İlişkin Bir Çalışma, Ulusal Cerrahi Kongresi, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu, İstanbul, 13-14 Haziran 1994.
14. Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, G., Spiegelhalter, D., Cox, D.: Quality Of Life Measures In Health Care.I: Applications And Issues In Assesment, **BMJ**, 305:31, 1992, P.1074-77.
15. Fletcher, A., Gore, S., Jones, Fitzpatrick, R, Spiegelhalter, D., Cox, D.: Of Quality Of Life Measures In Health Care .Ii : Design, Analysis, And Interpretation, **BMJ**, 305:7, November, 1992, P.1045-48.
16. Fletcher, A.E., Hunt, B.M., Bulpitt, C.J.: Evaluation Of Quality Of Life In Clinical Trials Of Cardiovascular Disease, **J Chron Dis** ,40:6, 1987,P.557-566.
17. Ghali, J.K., Kadakia, S., Cooper, M.D., Ferlinz, J.: Precipitating Factors Leading To Docompensation Of Heart Failure, **Arch Intern Med**, Vol:148, September, 1988, P.2013-16.
18. Godden, F.: Educating Patients About Congestive Cardiac Failure, **Nursing Times**, July 13, 90:28, 1994.
19. Grady, L.G: : Quality Of Life Patients With Chronic Heart Failure, **Critical Care Nursing Clinic Of North America**, 5:4, December, 1993, P.661-670.



20. Guyatt, G.H, Et Al.: Development And Testing Of A New Measure Of Health Status For Clinical Trials In Heart Failure, *J Gen Intern Med*, 4 March/April, 1989, P.101-107.
21. Guyatt, G.H.: Measurement Of Health-Related Quality Of Life In Heart Failure, *J Am Coll Cardio*, 22:4 (Supplement A),October, 1993,P. 185a-91a.
22. Hunt.S.M., Mccenna, S.P, Mcewen, J.: The Nottingham Health Profile. Users Manual, Revised Edition, 1989.
23. Hunt.S.M., Mcewen, J., Mccenna, S.P.: Measuring Health Status: A New Tool For Clinicians And Epidemiologist, *Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, April, 1985, P. 185-1888.
24. Hunt.S.M., Mcewen,J.,Mccenna, S.P.: Measuring Health Status. Croom Helm, London, 1986.
25. Ignatavicus, D.D., Workman, M.L., Mishler, M.A.: Medical-Surgical Nursing A Nursing Process Approach. Wb Saunders Co., London. 2<sup>nd</sup> Ed., 1995.
26. Jalowiec, A.: Issues In Using Multiple Measures Of Quality Of Life, *Seminars In Oncology Nursing*, 6:4, (November), 1990, P.271-277.
27. Kaçar, G.Y.: Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalara Uygulanan Eğitimin yaşam kalitesine Etkisi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1995.
28. Karasar, N. : Bilimsel Araştırma Yöntemi. 3a Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd.,7. Baskı, 1995.
29. Kind, P., Hill, C.R.: The Nottingham Health Profile: A Useful Tool For Epidemiologist, *Soc. Sci. Med.*,25:8, 1987. P. 905-910.
30. Kinney, M.R.: Assesment Of Quality Of Life Recovery Settings, *J Cardiovasc Nurs*, 10:1,1995,P.88-96.
31. Lewandowski, D.M.: Congestive Heart Failure, *AJN*, May, 1995, 36-37.
32. Mayou, R., Bryant, B.: Quality Of Life In Cardiovascular Disease, *Br Heart J*, 69,1993.P. 460-464.
33. Mcewen, J.: The Nottingham Health Profile. (Edited By) S.R. Walker, R.M. Rosser, Quality Of Life Assesment: Key Issues In The 1990s. Kluwer Academic Publishers, London, 1990.

34. McMurray, J., Dargie, H.: Chronic Heart Failure. Martin Dunitz Ltd., London, 1995.
35. Nahcıvan, N.: Sağlıklı Genęlerde Öz-Bakım Gücü Ve Aile Ortamının Etkisi, İ.Ü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1993.
36. Nişancı, Y.: Kalp Yetersizliğinin Tedavisinde Vazodilatatör İlaçlar, **Hipokrat Kardiyoloji**, 1:1, 1997, Sayfa. 15-17.
37. Nişancı, Y.: Kalp Yetersizliği Tedavisinde "Angiotensin Converting Enzim" İnhibitörlerinin Yeri, **Hipokrat Kardiyoloji**, 1:1, 1997, Sayfa. 18-19.
38. Özsaruhan, Ö.: Kalp Yetmezliğinin Oluşumu Ve Bu Oluşumun Tedavideki Yeri, **Hipokrat Kardiyoloji**, 1:1, 1997, Sayfa. 4-6.
39. Polaski, A.L., Tatro, S.E. : Lucmann's Core Principles And Practice Of Medical-Surgical Nursing. W.B. Saunders A Division Of Harcaurt Brace&Co., London, 1996.
40. Pınar, R.: Diyabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İ.Ü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
41. Savaşır, I.: Ölçek Uyarlamasındaki Bazı Sorunlar Ve Bazı Çözüm Yolları, **Türk Psikoloji Dergisi**, 9:33,1994, S.27-32.
42. Save Study, Pfeffer, M.A. Et Al.: Effects Of Captopril On Mortality And Morbidity In Patients With Left Ventricular Dysfunction After Myocardial Infarction. Results Of The Survival And Ventricular Enlargement Trial (Save). **N Eng J Med**, 327:669, 1992.
43. Schipper, H., Clinch, J., Powell, V.: Definitions And Conceptual Issues, Quality Of Life Assesments In Clinical Trials (Edited By B. Spilker). Raven Press Ltd, New York, 1990, P.11-23.
44. Sensky, T., Catalan, J.: Asking Patients About Their Treatment, **BMJ**, 305-7, November, 1992, P.1109-1110.
45. Solvd Study-The Solvd Investigators.: Effects Of Enalapril On Mortality And The Development Of Heart Failure In Asymptomatic Patients With Reduced Left Ventricular Ejection Fractions, **N Eng J Med**, 327:685, 1992.

46. Sonnenblick, E.H., Thierry, H.: Heart Failure: Its Progression And Its Therapy, *Hospital Practice*, September 15, 1993, P.121-130.
47. Spiegelhalter, D.J., Gore, S.M., Fitzpatrick, R., Fletcher, Jones, D.R, Cox, D.R.: Quality Of Life Measures In Health Care.iii: Resource Allocation, *BMJ*, 305:14, 1992,P.1205-09.
48. Stewart, A.L: Conceptual And Methodologic Issues In Defining Quality Of Life: State Of The Art, *Progress In Cardiovascular Nursing*, 7:1, January/March, 1992,p.3-10.
49. Stromborg, M.F.: Single Instruments For Measuring Quality Of Life, In Frank Stromborg M. (Ed.): Instruments For Clinical Nursing Research Norwalk Cn, Appleton&Lange , 1988.
50. Sullivan, M.J., Hawthorne, M.H.: Nonpharmacologic Interventions In The Treatment Of Heart Failure, *J Cardiovas Nurs*, 10:2, 1996,p.45-57.
51. Tezcan,S.: Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 9211, Ankara, 1992.
52. Türkiye İstatistik Yıllığı. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Yayın No. 1985, 1996. s.129.
53. Underhill, S.L., Woods,S.L., Froelicher, E.S.,Halpenny, C.J.: Congestive Heart Failure. Cardiac Nursing. 2<sup>nd</sup> ed., J.B.Lippincott Co., Philadelphia,1989.
54. Veliöğlu, P.: Orem'in Öz-Bakım Modeli, İ.Ü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Programı, Hemşirelikre Kuram Ve Kavram Geliştirme, Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1993.
55. Venner, G.H., Seelbinder, J.S.: Team Management Of Congestive Heart Failure Across The Continuum, *J Cardiovas Nurs*, 10:2, 1996, p. 71-84.
56. Ventura, H.O., Murgo, J.P., Smart,W.F.,Stapleton,D.D.,Price,H.L.: Current Issues In Advenced Heart Failure, *The Medical Clinics Of North America*, 76:5, September, 1992, p.1057-1081.
57. V-HeFT II Study, Cohn J.N., et Al.: A Comparison Of Enalapril With Hydralizine-Isosorbid Dinitrat In The Treatment Of Chronic Congestive Heart Failure. *N Eng J Med*, 325:303, 1991.

## 10. EKLER

---

---

### EK 1. HASTA BİLGİ FORMU

HASTA NO : ..... TARİH.....

CİNSİYETİNİZ : 1)KADIN 2)ERKEK

YAŞINIZ : .....

MESLEĞİNİZ : ..... YAPTIĞINIZ İŞ:.....

ÇALIŞMA DURUMUNUZ :

- 1)TAM GÜN ÇALIŞIYORUM
- 2)YARIM GÜN ÇALIŞIYORUM
- 3)HİÇ ÇALIŞMIYORUM

ÇALIŞMIYORSANIZ NEDENİ : .....

EĞİTİM DURUMUNUZ:

- 1)OKUR-YAZARIM 3)ORTAÖĞRENİM
- 2)İLKÖĞRENİM 4)YÜKSEKÖĞRENİM

SOSYAL GÜVENCENİZ:

- 1) VAR 2) YOK

MEDENİ DURUMUNUZ:

- 1)BEKAR 2)EVLİ 3)BOŞANMIŞ 4)DUL 5)AYRI YAŞAMA

ŞU ANDA KİMİNLE BİRLİKTE YAŞIYORSUNUZ?

- 1)YALNIZ YAŞIYORUM
- 2)AİLEMLE BİRLİKTE YAŞIYORUM
- 3)ARKADAŞIMLA BİRLİKTE YAŞIYORUM

**EN ÇOK YAŞADIĞINIZ YER?**

1)KÖY-KIRSAL BÖLGE 2)ŞEHİR-KENTSEL BÖLGE

**GELİRİNİZİN-GİDERİNİZİ KARŞILAMA DURUMU:**

1)KARŞILIYOR 2)KARŞILAMIYOR

**II.HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER**

**HASTALIĞIN SÜRESİ (AY/YIL):**.....

**DOKTOR KONTROLLERİNE GELME SIKLIĞI:**.....

**NYHA FONKSİYONEL SINIFLAMASI:**

SINIF I ( ) SINIF II ( ) SINIF III ( ) SINIF IV ( )

**VAROLAN DİĞER KRONİK HASTALIKLAR:**

.....  
.....  
.....



## EK 2. NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

VAKA NO

TARİH:../../.....

İnsanların günlük yaşamlarında karşılaşılabilecekleri bazı sorunlar aşağıda sıralanmıştır. Aşağıdaki listeyi inceleyiniz ve eğer bu sorun sizde varsa “EVET”in altındaki kutunun içine, yoksa “HAYIR”ın altındaki kutunun içine “X” işareti koyunuz.

Lütfen her ifadeye yanıt veriniz. Eğer “EVET” veya “HAYIR” yanıtını vermede tereddüt ediyorsanız, şu anda gerçeğe en yakın olanını işaretleyiniz.

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
Her zaman yorgunum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geceleri ağrım oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her şey beni üzüyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
Dayanılmaz ağrım oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyumak için ilaç alıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nelerden hoşlandığımı unuttum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
Kendimi sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pozisyon değiştirirken, hareket ederken ağrım oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimi yalnız hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
Sadece evin içinde yürüyebiliyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğilmek çok zor oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her şeyi çaba sarfederek yapabiliyorum

**EVET**

**HAYIR**

Sabahın erken saatlerinde uyanıyorum

Hiç yürüyemiyorum

İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum

**EVET**

**HAYIR**

Günler geçmek bilmiyor

Merdiven inip çıkarken zorlanıyorum

Bazı şeyleri elimi uzatıp almakta zorlanıyorum

**EVET**

**HAYIR**

Yürüdüğümde ağrım oluyor

Bu günlerde kolayca hiddetleniyorum

Hiçkimse bana yakın değilmiş gibi hissediyorum

**EVET**

**HAYIR**

Geceleri çoğunlukla uyanık yatıyorum

Sanki kontrolümü kaybettiğimi hissediyorum

Ayakta kaldığım zaman ağrım oluyor

**EVET**

**HAYIR**

Kendi kendime zor giyiniyorum

Hemen gücüm tükeniyor, yoruluyorum

Uzun süre ayakta durmakta zorlanıyorum

(Örn; mutfakta çalışırken, otobüs beklerken)

**EVET**

**HAYIR**

Sürekli ağrım var

Uykuya uzun sürede dalıyorum

İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
Endişelerim yüzünden geceleri uyanık geçiriyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hayatın yaşanmaya değmez olduğunu düşünüyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gece uykularım çok kötü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
İnsanlarla anlaşmakta zorlanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyacım oluyor (Örn; Baston, yaslanacak birisi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
Sabahları bunalmış bir halde uyanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otururken ağrım oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Lütfen şimdi yeniden başa dönünüz ve her soruya “EVET” veya “HAYIR” cevabı verip vermediğinizden emin olunuz.**



**EK 3. KRONİK KALP YETMEZLİKLİ HASTALARIN HASTALIKLARINA YÖNELİK ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME FORMU**

HASTA NO :

TARİH...../...../1997

LÜTFEN HER BİR İFADEYİ DİKKATLİCE OKUYUNUZ VE SİZİN İÇİN EN UYGUN OLANIN ALTINA (X) İŞARETİ KOYUNUZ. YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDER SAYGILAR SUNARIM.

	HER ZAMAN UYGULARIM	BAZEN UYGULARIM	HİÇ UYGULAMAM
YEMEKLERDEN SONRA BİR SÜRE DİNLENİRİM			
HERHANGİ BİR UĞRAŞ / İŞİN BİTİMİNDE BİR SÜRE DİNLENİRİM			
BİRKAÇ İŞİ AYNI ANDA YAPMAYA ÇALIŞIRIM*			
AĞIR YÜK TAŞIMAK, KALDIRMAK GİBİ GÜÇ GEREKTİREN İŞLERİ YAPARIM*			
AKŞAM YEMEĞİ OLARAK HAFİF BİR ÖĞÜN YERİM			
CİNSEL İLİŞKİ İÇİN RAHAT VE YORGUN OLMADIĞIM ZAMANI SEÇERİM			
YATARKEN SOLUNUM SIKINTISI HİSSEDERSEM BİRKAÇ YASTIK KULLANIRIM			
AĞIR BİR YEMEK VEYA ALKOL ALIMINDAN SONRA CİNSEL İLİŞKİDE BULUNURUM			
BİR HAREKET VEYA İŞİ YAPARKEN GÖĞÜS AĞRISI, SOLUNUM SIKINTISI, BAŞ DÖNMESİ GİBİ BELİRTİLERDEN BİRİNİ HİSSEDERSEM HEMEN İSTİRAHAT EDERİM			
GÜNLÜK ALMAM GEREKEN TUZ MİKTARINA UYARIM			
HASTALIĞIMLA BAŞAÇIKMADA ZORLANDIĞIM ZAMANLAR ÇEVREMDEKİ İNSANLARDAN YARDIM İSTERİM			

## **EK 4. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASINDA BAŞVURULAN UZMAN KİŞİLER**

### **4.1: NSP'NİN DİL GEÇERLİĞİ İÇİN:**

İngilizce'den Türkçe'ye Çeviri:

- Dr Ferhat Asırcı (Aile Hekimi)
- Lale Yakut (Çevirmen)

Türkçe'den İngilizceye Çeviri:

- Doç. Dr. Turgut Turoğlu (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

### **4.2. NSP VE KRONİK KALP YETMEZLİKLİ HASTALARIN ÖZ-BAKIM DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME FORMU'NUN İÇERİK GEÇERLİĞİ İÇİN :**

Doç. Dr. Seçil Aksayan

(Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Güler Cimete

(Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Zehra Durna

(İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Gülten Özeltin

(Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Necmiye Sabuncu

(Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Turgut Turoğlu

(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Birsen Yürügen

(İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Nermin Olgun

(Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Sema Yazıcı

(Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Dr Emine Türkmen

VKV Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi  
(Eğitim ve Araştırma Hemşiresi)

### **4.3.. İSTATİSTİKSEL ÇÖZÜMLER İÇİN:**

Yard. Doç. Dr. Halim İşseven

(İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Nural Bekiroğlu

(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

YEMEK YERKEN YEMEĞİME TUZ İLAVESİ YAPARIM*			
GÜNLÜK ALDIĞIM SIVILARI KAYDEDERİM			
GÜNLÜK/ HAFTALIK KİLOMU KAYDEDERİM			
İLAÇLARIMI HER ZAMAN YANIMDA TAŞIRIM			
TÜTSÜLENMİŞ, KURUTULMUŞ, SALAMURA YAPILMIŞ (TURŞU) GIDALARI KULLANIRIM*			
TAZE SEBZE VE MEYVELERİ SIK KULLANIRIM			
YEMEKLERİN ÜZERİNE SOS (KETÇAP, MAYONEZ VB.) İLAVE EDERİM*			
YEMEKLERİ LEZZETLENDİRMEK İÇİN BAHARAT KULLANIRIM			
TUZLU KURUYEMİŞ, PATETES CİPSİ, MISIR GEVREĞİ YERİM*			
BANA ÖNERİLEN DİYETE UYARIM (DOKTOR,HEMŞİRE VEYA DİYETİSYEN TARAFINDAN)			
KİLOMU GÜNLÜK/HAFTALIK OLARAK KONTROL EDERİM			
BENİM İÇİN İDEAL OLAN KİLOYU KORUMAYA ÇALIŞIRIM			
GÜNLÜK ALMAM GEREKEN SIVI MİKTARINI HESAPLARIM			
İLAÇLARIMI DÜZENLİ KULLANIRIM			
AYAK BİLEKLERİMDE ŞİŞME FARKEDERSEM DOKTOR KONTROLÜNE GİDERİM			
1HAFTA İÇİNDE 1,5-2 KİLOLUK BİR KİLO ARTIŞIM OLURSA DOKTOR KONTROLÜNE GİDERİM			
DOKTORA HER GİDİŞİMDE İLAÇ LİSTEMİ VEYA İLAÇ KUTULARINI YANIMDA BULUNDURURUM			
KULLANDIĞIM İLAÇLARIN KUTULARINDAN ÇIKAN AÇIKLAMALARI OKURUM			

KULLANDIĞIM İLAÇLARI NIÇIN KULLANDIĞIMI DOKTOR /HEMŞİREYE SORARIM			
KULANDIĞIM İLAÇLARIN YAN ETKİLERİNİ DOKTOR/ HEMŞİREYE SORARIM			
ALKOL KULLANIRIM*			
KALP HASTALIĞIM DIŞINDA BAŞKA BİR İLAÇ ALMAM GEREKTİĞİNDE BUNU DOKTORA DANIŞIRIM			
EVDE BİRLİKTE YAŞADIĞIM KİŞİLERE DE İLAÇLARIMIN YERİNİ GÖSTERİRİM			
KENDİMİ UZUN SÜRE İYİ HİSSETSETTİĞİMDE İLAÇLARIMI ALMAYI BIRAKIRIM*			
DÜZENLİ OLARAK DOKTOR KONTROLLERİNE GİDERİM			
DOKTORUMA DANIŞMADAN İLAÇLARIMI ALMAYI BIRAKIRIM*			
İLAÇLARIM BITMEDEN YEDEĞİNİ HAZIRLARIM			
ÖĞÜNLERİMİ AZ MİKTARDA VE SIK ARALARLA YERİM			
SİGARA KULLANIRIM*			
KULLANDIĞIM İLAÇLARIMIN CİNSEL YAŞAMIM ÜZERİNE ETKİLERİNİN OLUP OLMADIĞINI DOKTORUMA SORARIM			

## 10. ÖZGEÇMİŞ

---

1965 yılında İpsala'da doğan Aysel Durademir ilk ve ortaöğrenimini Keşan'da tamamladı. 1979-1983 yılları arasında Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi'nde, 1983-1987 yılları arasında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda hemşirelik eğitimi aldı. 1993 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsünde " İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans" programını tamamlayarak "Uzman Hemşire" ünvanını aldı. 1993 yılında Aynı enstitüde doktora eğitimine başladı.

1984-1988 yılları arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Üniversitesi'nde hemşire olarak çalıştı. 1989-1991 yılları arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi İç hastalıkları Kliniği'nde sorumlu hemşire ve hemşirelik hizmetleri müdür yardımcısı olarak görev yaptı. 1991-1993 yılları arasında, Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda araştıma görevlisi, 1993-1997 yılları arasında ise Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak görev yaptı. 1 Ekim 1997 tarihinden beri Vehbi Koç Vakfı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi'nde eğitim ve araştırma hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Hemşirelik, iç hastalıkları, yoğun bakım, acil hemşireliği alanında çeşitli kongre, sempozyum kurs ve seminerlere katılmakta olup, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Eğitimi ve Hizmetlerini Destekleme Derneği, Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği üyesidir.

Evli ve bir çocuğu olan Aysel (Badır) Durademir İngilizce bilmektedir.