



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

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN
HASTALIK ALGISI VE BAKIMLARINA
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HÜLYA TEKİN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EYLÜL 2016



**KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN HASTALIK ALGISI VE
BAKIMLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hülya TEKİN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2016

Hülya TEKİN tarafından hazırlanan “KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN HASTALIK ALGISI VE BAKIMLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi HEMŞİRELİK Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Ülkü POLAT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

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



Başkan : Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

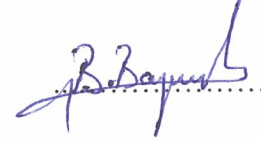
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Öğr. Gör. Dr. Burcu BAYRAK KAHRAMAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

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



Tez Savunma Tarihi: 29/09/2016

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

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi takdirde aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Hülya TEKİN

29.09.2016

KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN HASTALIK ALGISI VE BAKIMLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hülya TEKİN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2016

ÖZET

Bu çalışma kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışma, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma örneklemini kalp yetmezliği tanısı ile yatan 100 hasta oluşturmuştur. Veriler hastaların tanımlayıcı özelliklerini, hastalık ve tedaviyi ilişkin özelliklerini içeren "Anket Formu", "Hastalık Algı Ölçeği" ve "Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler; frekans-yüzde, standart sapma, ShapiroWilk normallik testi, Mann Whitney U testi, SpearmanRho korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; kalp yetmezliği hastalarının yaş, eğitim durumu, kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı, başka kronik hastalığı olma durumu ile Hastalık Algısı Ölçeğinin bazı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların hastalıklarına yönelik bilgi alma durumu ile Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kalp yetmezliği hastalarının Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği ile Hastalık Algısı Ölçeğinin tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin, kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algılarını, aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyini ve kronik hastalık yönetimlerinin yeterlilik durumu belirlemeleri ve artırmaya yönelik planlı eğitim ve danışmanlık yapmaları ve sonuçları değerlendirilmeleri önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.2
Anahtar Kelimeler : Kalp Yetmezliği, Hastalık Algısı, Kronik Hastalıklarda Bakım
Sayfa Adedi : 98
Danışman : Doç. Dr. Ülkü POLAT

THE ASSESSMENT OF ILLNESS PERCEPTION AND OPINIONS ABOUT CARE OF HEART FAILURE PATIENTS

(M. Sc. Thesis)

Hülya TEKİN

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

September 2016

ABSTRACT

The present study was designed to evaluate the illness perception and opinions about care of patients who have heart failure. The descriptive and cross-sectional study was conducted in cardiology clinics of Turkey High Specialization Hospital between November 2014 and February 2015. The study sample comprised of 100 patients who were hospitalized due to heart failure. The data were collected using “Questionnaire Form” containing items about demographic features, disease characteristics; “The Illness Perception Questionnaire” and “The Improving Chronic Illness Care Survey”. The data were analysed using frequency, percentage, standard deviation, Shapiro Wilk Test, Mann-Whitney U test and Spearman Rho Correlation Test. According to the findings of the research, a significant difference was found between the age, educational status, heart failure functional level, presence of another chronic illness of heart failure patients and point averages of some of sub-dimensions of The Illness Perception Questionnaire. Another significant statistical relationship was found between how informed patients were about their disease and the score average of The Improving Chronic Illness Care Survey. It was also discovered that there was a significant statistical relationship between The Illness Perception Questionnaire and The Improving Chronic Illness Care Survey of heart failure patients. In addition, whereas The Improving Chronic Illness Care Survey and The Illness Perception Questionnaire had a positive relationship with sub-dimensions of treatment control and understanding of the disease. Based on the conclusions, it's suggested that medical staff especially nurses, should determine the perception of patients with heart failure, level of patient satisfaction in terms of the care they have received, the sufficiency of chronic illness management and it is also suggested that they should have education about the sufficiency of chronic illness management and mentor it and lastly evaluate its results.

Science Code : 1032.2
Key Words : Heart Failure, The Illness Perception, Chronic Illness Care
Page Number : 98
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, değerli danışman hocam Doç. Dr. Ülkü POLAT'a (Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi), Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım çalışma arkadaşlarıma, desteğini esirgemeyen, eğitimi gönülden destekleyen birim sorumlum Rabia KILIÇ'a, manevi destekleriyle beni yüreklendiren eşim Emrah TEKİN'e ve engin bilgisini benimle paylaşan kardeşim Ümit ORAL'a teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kalp Yetmezliği Tanımı.....	5
2.1.1.Epidemiyoloji	5
2.1.2.Kalp yetmezliği etiyolojisi.....	6
2.1.3.Kalp yetmezliğinin fizyopatolojisi	8
2.1.4. Kalp yetmezliği tipleri	10
2.1.5. Kalp yetmezliğinin belirti ve bulguları.....	12
2.1.6. Kalp yetmezliğinin sınıflandırılması	15
2.1.7.Kalp yetmezliğinde tanılama	17
2.1.8. Kalp yetmezliği tedavisi	20
2.2.Kronik Hastalıklarda Yönetim ve Bakım Modeli	25
2.3.Kalp Yetmezliğinde Kronik Hastalık Yönetimi ve Hemşirelik Uygulamaları	29
2.4. Hastalık Algısı.....	32
2.4.1. Hastalık algısının tanımı	32
2.4.2.Hastalık algısının bileşenleri	34
2.5. Kalp Yetmezliğinde Hastalık Algısı ve Hemşirelik Uygulamaları	36

Sayfa

3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tipi	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Çalışma Grubunun Seçimi	39
3.5. Veri Toplama Araçları	40
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	43
4.BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	61
5.1. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
5.2. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
5.3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
5.4. Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
5.5. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puanlamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. Öneriler.....	69
KAYNAKLAR	70

Sayfa

EKLER.....	77
Ek-1. Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı	78
Ek-2. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı	80
Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	83
Ek-4. Anket Formu.....	88
Ek-5. Hastalık Algısı Ölçeği	92
Ek-6. Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği	97
ÖZGEÇMİŞ	98

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Kalp yetmezliğinin etiyolojisi	7
Çizelge 2.2. Kalp yetmezliğinin belirti ve bulguları	14
Çizelge 2.3. New York Kalp Birliği kalp yetmezliği sınıflandırma sistemi	15
Çizelge 2.4. Kalp yetmezliğinde farmakolojik tedavi	21
Çizelge 2.5. Kronik bakım modeli ve hemşirelerin görevleri	31
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	45
Çizelge 4.2. Hastaların hastalık özellikleri.....	46
Çizelge 4.3. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.....	48
Çizelge 4.4. Hastaların cinsiyet ve yaş durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları	49
Çizelge 4.5. Hastaların eğitim durumu ve medeni durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.....	51
Çizelge 4.6. Hastaların kalp yetmezliği hastalığının süresi ve kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfına göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.....	53
Çizelge 4.7. Hastaların kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalığın var olma durumu ve hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.....	55
Çizelge 4.8. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları	57
Çizelge 4.9. Kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin madde puan ortalamaları.....	58
Çizelge 4.10. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları ve kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puanlamaları arasındaki ilişki.....	59

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Kronik bakım modeli.....	26

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
ACEİ	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
BNP	Beyin Natriüretik Peptit
EF	Ejeksiyon Fraksiyon
EKG	Elektrokardiyogram
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Birliği)
HAPPY	Heart Failure Prevalence And Predictors In Turkey (Türkiye’de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Öngördücüleri Çalışması)
HAÖ	Hastalık Algısı Ölçeği
ICD	İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KY	Kalp Yetmezliği
METS	Metabolik Ekivalan Değeri (Metabolik Eşdeğeri)
MI	Miyokart İnfarktüsü
MR-ANP	Orta Bölge Pro Atrial Natriüretik Peptid
NSAİ	Nonsteroid Antienflamatuvar İlaç
NT-BNP	N Terminal Beyin Natriüretik Peptit
NYHA	New York Heart Association Classification (New York Kalp Birliği Sınıflandırması)
PACIC	Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği)
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatiksel Paket Programı)
SS	Standart Sapma

1.GİRİŞ

Problem Durumu

Kalp yetmezliği (KY) sık görülen, yüksek oranda mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir sağlık sorunudur [1]. Amerika da 2013 verilerine göre yaklaşık 5,1 milyon insan kalp yetmezliğine sahiptir [2]. Türkiye'deki durumu yansıtan Türk Kardiyoloji Derneğinin Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Ön gördürücüleri (HAPPY) çalışmasına göre ise ülkemizde 2 milyonun üzerinde insan kalp yetmezliği ile yaşamaktadır [3]. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 15 yaş üzeri hastaların %1,3'ü kronik kalp yetmezliğine sahiptir [4]. Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre ise ölümlerin %40,3 ise dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır ve iskemik kalp hastalıkları %40,5 oranı ile dolaşım sistemi hastalıklarının başında yer almaktadır [5].

Kronik hastalıklar tıbbi tedavi ve rehabilitasyonlara rağmen ömür boyu süren yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi sağlık sorunlarıdır. Üretken dönemi kapsayan ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır [6]. Hastanın, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle bağlı olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir [7].

Kronik bir hastalık olan kalp yetmezliği de hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmada, kalp yetmezliğinin bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, iş yaşamlarını, kişisel ilişkilerini, sosyal ve ekonomik, cinsel yaşantılarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir [2]. Yaşam boyu tedavi gereksinimi, hastaneye sık yatma ihtiyacı, karışık ve pahalı cihaz tedavisi uygulamaları nedeniyle aynı zamanda sağlık ekonomisi ve aile bütçeleri üzerine yüksek maliyetler getiren bir hastalıktır [8].

Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini, tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur [7]. Bu nedenle kalp yetmezliği gibi kronik hastalığı olan hastalara fiziksel, psikolojik ve emosyonel iyiliği sürdürmeye yönelik multidisipliner ekip yaklaşımı ile bakım verilmesi gerekmektedir. Bu ekibin önemli bir üyesi olan hemşirelerin yaşam kalitesini yükseltecek hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulamada ve

bireyin kendi bakımına doğrudan katılımını sağlayacak bakımı sağlamada önemli rolleri vardır. Sağlık ekibinin verdiği bu hizmetler, hastanın hastalık algısını doğrudan etkileyebilmektedir [9].

Kronik hastalıklarda hastalık yönetiminin sağlanmasında hastalara yönelik uygun bakım modellerinin uygulanması gereklidir. Bu da yüksek kaliteli kronik hastalık bakım hizmeti, uygulama ekibi ve hasta arasındaki verimli etkileşim ile mümkündür [10-13]. Yapılan çalışmalarda başarılı bir kronik hastalık yönetiminin sağlık bakım harcamalarında ve hastane yatışlarında azalma, yaşam kalitesinde, hasta memnuniyetinde artma sağladığı ve hastalık algılarını da pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir [11,14,15].

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık algılarının değerlendirilmesi ve hastalığı ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde etkilenmesi, hastalığı kendi kontrolünde yönetebilmelerine, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmelerine ve eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmelerine yönelik problem çözme becerilerini geliştirmelerini sağlayabilmektedir [16]. Ayrıca kronik hastalıklarda kaliteli bakım vermek, bakım sonuçlarını iyileştirmek ve hasta memnuniyetini artırmak için hastalara verilen bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi de son derece önemlidir. Bu nedenle kalp yetmezliği olan hastaların aldıkları bakıma ilişkin görüşlerini, kronik bakım hizmetlerini nasıl algıladıklarını değerlendirmek ve hastalık algılarını belirlemek önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Ülkemizde kronik hastalığı olan hastaların hastalık algısı ve aldıkları bakımı değerlendirmeye yönelik çalışmalar azdır. Bu araştırma, kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algılarının ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

Kalp yetmezliği yaşam boyu tedavi gerektiren kontrol altına alınmadığında akut, kronik komplikasyonları nedeniyle yaşam kalitesini etkileyen önemli kronik hastalıklardandır [6]. Uzun süren bu hastalık sürecinde hastaların hastalıkları ile farklı algı ve tutumlara sahip oldukları, hastalık ve tedavi sürecini farklı yorumladığı, her bir hastanın memnuniyetinin

farklı olduğu görülmüştür [7]. Kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı ve bakımı değerlendiren çalışmalara nadir rastlanılmaktadır. Hemşireler hastayla daha fazla zaman geçiren ve doğrudan bakımlarında görev alan sağlık meslek grubu olarak kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısını incelemeli ve bu algının bakıma ilişkin görüşlerine nasıl yansıdığını gözlemlenmelidir. Bu nedenle kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı ve bakım uygulamalarının, tedavi ve bakım uygulamalarına uyumlarının belirlenmesi için bu çalışmanın hemşirelere yol göstereceği düşünülmüş ve çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

Sınırlılıklar

Kavramsal sınırlılıklar

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi, literatürde ulaşılabilen kaynaklar ile sınırlıdır.

Yöntemsel sınırlılıklar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar örneklem ile sınırlıdır.

Tanımlar

Kalp yetmezliği: Kalp kasının yeterli kasılamaması veya ventrikülün yeterli dolamaması sonucu vücudun ihtiyacı olan kan ve oksijenin karşılanamama durumudur [17].

Hastalık Algısı: Hastanın hastalık dönemleri boyunca yaşadığı veya karşılaştığı deneyimleri, bilgileri, duygusal ve davranışsal tepkileri, hastalık süreci, psikopatoloji ve baş etme mekanizmaları ile hastalığını yorumlaması ve hastalığına anlamlar yüklemesidir [18].

Kronik Hastalıklarda Bakım Modeli: Kronik hastalıklarda toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda bakımın kalitesini yükseltmek ve maliyetini düşürmek amacıyla bir rehber olarak ortaya konmuştur. Bu modelin ana amacı, donanımlı sağlık bakım ekibi ile hastalığı konusunda bilgilendirilmiş, aktif hasta arasında verimli bir etkileşimin sağlanmasıdır [19].

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetmezliği Tanımı

Kalp yetmezliği (KY) kalp kasının yeterli kasılmaması veya ventrikülün yeterli dolamaması sonucu vücudun ihtiyacı olan kan ve oksijenin karşılanamama durumudur [17]. Amerikan Kardiyoloji Derneği ise kalp yetmezliğini, ventrikülün dolma ve kanı pompalama yeteneğini sekteye uğratan herhangi bir yapısal veya işlevsel bozukluktan kaynaklanabilen karmaşık bir klinik sendrom olarak tanımlamaktadır [20].

2.1.1.Epidemiyoloji

Kalp yetmezliği kronik ve ilerleyici bir hastalıktır, giderek artan sıklığı ve yaygınlığı nedeniyle tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir [17].

Kalp yetmezliği dünya çapında yaklaşık 20 milyon insanı etkilemektedir. Miyokart enfarktüsü sonrası sağ kalım oranları arttıkça ve toplumun ortalama yaşı yükseldikçe kalp yetmezliğine ilişkin klinik tablolara toplum içinde gün geçtikçe daha çok rastlanmaktadır [21]. Yaşam süresinin uzaması, tedavilerdeki gelişmeler nedeniyle mortalitedeki azalmalar sonucunda kalp yetmezliği popülasyonu gittikçe artırmaktadır [22].

Gelişmiş ülkelerde erişkin toplumun yaklaşık %1-2'sinde KY'ye rastlanmakta, KY prevalansı 70 yaş ve üzerindeki bireylerde $\geq$ %10'a kadar yükselmektedir [23,24]. Yapılan bir araştırma da 2007 ile 2010 yılları arası 20 yaş üstü 5,1 milyon Amerikalının KY hastalığı olduğu görülmektedir, yine araştırmaya göre KY prevalansının 2012'den 2030 yılına kadar %46 artış göstereceği ve 8 milyon üzeri insanın 18 yaş ve üstü kalp yetmezliğine sahip olacağı tahmin edilmektedir [2].

Framingham çalışmasına göre Amerika'da kalp yetmezliği tanısı aldıktan sonraki 30 gün içinde mortalite %10; bir yıl içinde %20-30; beş yıl ve üzerinde ise %45-60 olarak seyretmektedir. Rotterdam çalışmasında ise Avrupa'daki kalp yetmezliği mortalitesi daha düşüktür. Bir ila beş yıl arasında mortalite %11- %41 olarak belirlenmiştir [25].

Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre 15 yaş üzeri bireylerin %1,3'ünde KY vardır [4]. Türkiye de Kardiyoloji Derneğinin Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Ön gördürücüleri

alışmasına göre erişkin kalp yetmezliği ve asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu prevelanslarının mutlak değerleri sırasıyla %2,9 ve %4,8; tahmini değerleri ise sırasıyla %6,9 ve %7,9'dur [3]. KY olan hastalarda mortalitenin yıllık %8-12 arasında olduğu bildirilmiştir [26]. KY, hastalık ve hastaneye yatışların en önemli nedeni olmasının yanında hastaneye tekrarlı yatışların da yaygın nedenidir. Yapılan bir çalışmada KY olan hastaların %13,2-18,3'ünün taburcu olduktan sonra ilk bir ay içerisinde %30-56,6'sının ilk üç ay içinde %23-50'sinin ise ilk altı ay içinde tekrar hastaneye yattığı bulunmuştur [27].

2.1.2.Kalp yetmezliği etiyolojisi

Konjestif kalp yetmezliğinin etiyolojisinde koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, kalp kapak hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, ileri yaş, erkek cinsiyet ve obezite başta gelen sebepler arasında yer almaktadır. Koroner arter hastalığı en yaygın miyokart hastalığı nedenidir. Kalp yetmezliği bulunan hastaların yaklaşık %70'inde vardır. Hastaların %10'unda kapak hastalığı, %10'unda da kardiyomiyopati vardır [28].

Kalp yetmezliğinin pek çok nedeni vardır. Avrupa Kalp Cemiyeti (ESC)'nin kalp yetmezliğinde etiyolojik faktörleri son yıllarda güncellenmiştir (izelge 2.1) [29].

Çizelge 2.1. Kalp yetmezliğinin etiyolojisi [29]

Miyokardiyal hastalıklar		
1-Koroner arter hastalıkları (KAH)		
2-Hipertansiyon		
3-Kardiyomyopati		
<i>a.Ailevi</i>		
i.Hipertrofik		
ii.Dilate		
iii.Aritmojenik Sağ Ventrikül Kardiyomiyopatisi		
iiii.Restriktif		
iiiii.Sol ventriküler non-compaction		
<i>b.Edinilmiş</i>	*İmmün aracılı	ii.Endokrin/Nutrisyonel
i.Miyokardit (inflamatuar kardiyomiyopati)	- Tetanoz toksini, Aşılar, Serum Hastalığı	- Feokromasitoma
*İnfektif	- İlaçlar	- Vitamin eksikliği (örn: tiyamin)
- Bakteriyel	- Lenfosit/dev hücreli miyokardit	- Selenyum eksikliği
- Spiroketeal	- Sarkoidoz	- Hipofosfatemi
- Fungal	- Otoimmün	- Hipokalsemi
- Protozoal	- Eozinofilik (Churg-Strauss)	iii.Gebelik
- Parazitik	*Toksik	iv.İnfiltrasyon
- Riketsiyal	- İlaçlar (örn; kemoterapi, kokain)	- Amiloidoz
- Viral	- Alkol	- Malignansi
	- Ağır metaller (bakır, demir, kurşun)	
Valvüler kalp hastalıkları	Mitral	
	Aortik	
	Triküspit	
	Pulmoner	
Perikardiyal hastalıklar	Konstriktif perikardit	
	Perikardiyal effüzyon	
Endokardiyal hastalıklar	Hipereozinofili ile seyreden endomiyokardiyal hastalıklar [hipereozinofilik sendrom]	
	Hipereozinofili ile seyretmeyen endomiyokardiyal hastalıklar[örn.endomiyokardiyal fibroz]	
	Endokardiyal fibroelastozis	
Konjenital kalp hastalıkları		
Aritmi	Taşiaritmi (atriyal,ventriküler)	
	Bradiaritmi (sinüs nod disfonksiyonu)	
İleti bozuklukları	Atriyoventriküler blok	
Yüksek debili durumlar	Anemi	
	Sepsis	
	Tirotoksikoz	
	Paget hastalığı	
	Arteriyovenöz fistül	
Hacim artışı	Böbrek yetmezliği	
	İyatrojenik (örn: cerrahi sonrası sıvı infüzyonu)	

2.1.3.Kalp yetmezliğinin fizyopatolojisi

Kalp yetmezliği, kalbin pompalama kapasitesindeki azalmaya neden olan tetikleyici bir olayla başlar. Genellikle miyokart enfarktüsü (MI) gibi kardiyak fonksiyonu bozan, vasküler yatakta sıvı birikmesine yol açan olayların sonucu oluşan bir durumdur. Temel sorun, kardiyak debinin ihtiyaçları karşılayamayacak kadar azalmasıdır [28].

Kalp yetmezliğinin ilk sorumlusu olarak miyokart hasarı ele alınabilir. Miyokart hasarının sorumlusu ise koroner arter hastalığına bağlı oluşan iskemi ve enfarktüstür. Diğer sebepler arasında otoimmünite, enfeksiyonlar, toksik ajanlar (alkol, ilaçlar) ve metabolik hastalıklar (hipertiroidi) yer alır. Bir diğer neden ise sol ventrikül üzerinde basınç ve hacim yüklenmesidir. Bunun dışında perikardiyal restriktif hastalıklar, yüksek debili hastalıklarda neden olarak gösterilebilir [23].

Kalp yetmezliğine yönelik elde edilen bilgilerin çoğu sol ventrikül disfonksiyonu ile ilgilidir. Bu bilgilerin çoğuna miyokart enfarktüsü sonucunda ulaşılmıştır. MI ile oluşan miyosit ve sitoskeleton hasarı kısa veya uzun dönemde kalp yetmezliği geliştirebilir. Kalp yetmezliği gelişmesinde etkili faktörler olan MI'ın büyüklüğu sonrasında işleyen fizyopatolojik süreçler ve enfarktın komplikasyonları açıklanabilmiştir. Asemptomatik hastaları semptomatik hale getiren fizyopatolojik mekanizmalar gibi, asemptomatik sol ventrikül sistolik disfonksiyonun doğal seyri çok iyi anlaşılamamıştır. Kalp ve diğer organların ilerleyici şekilde kötüleşmesi bu sendromun semptomu olarak gösterilebilir [20].

Kalbin fonksiyonları bozulduğunda ve iş yükü arttığında çeşitli fizyolojik mekanizmalar devreye girerek kan basıncını ve vital organların perfüzyonunu devam ettirmeye çalışır. Kalbin pompalama işlevini sürdürmesini sağlayan başlıca mekanizmalar şunlardır [29].

I-Frank-Starling mekanizması

II-Nörohormonal sistemlerin aktivasyonu

III-Sol ventrikülün yeniden şekillenmesi [29]

Frank-Starling mekanizması kontraksiyon gücünün ve atım hacminin artırılması için diastol sonu sıvının artırılmasıdır. Bu mekanizma ile başlangıçta atım hacmi artırılırken, diastol sonu sıvı istenilen noktaya ulaştıktan sonra kontraksiyon ve atım sıvısı azalır [30]. Kısaca kalp kasının doluş sırasında gerilmesinin artması ve aortaya gönderilen kan miktarının çokluğu anlamına gelir. Kalp yetmezliğinde ise kalp debisinde yeterli artış sağlanamadığı için pompalanan kan miktarı azalır ve yetersiz doku perfüzyonu ve/veya akciğer ödemi meydana gelir [23].

Diğer mekanizma ise, sistolik işlevlerdeki azalmanın tetiklediği, özellikle nörohormonal aktivasyon gibi, sistemik yanıtlardır. KY'de aktive olan iki önemli sistem, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve sempatik sinir sistemidir [23].

Böbreklerden salınan renin, anjiyotensinojenden anjiyotensin I oluşumunu sağlar. Anjiyotensin I ise daha sonra anjiyotensin dönüştürücü enzim ile anjiyotensin II'ye dönüştürülür. Anjiyotensin II'nin dört tip reseptörü vardır. AT1 reseptörünün uyarılması ile kardiyovasküler hipertrofi, hiperplazi ve ateroskleroz gibi patolojik gelişmeler ve remodelling olduğu bilinmektedir [31].

Sempatik aktivite ise aort ve karotid arterlerde lokalize olan baroreseptörler aracılığıyla gerçekleşmektedir. Baroreseptörler stroke volüm azlığından kaynaklanan basınç azalması ile stimüle olmakta ve sempatik aktiviteyi arttırarak kalp hızı ve kontraktilitesini arttırmaktadır. Sempatik aktivite artış, yetersiz kardiyak output nedeniyle en erken gelişen kompensatuvar mekanizmadır [32]. Bu sistemik yanıtlar, yeni miyokart hasarına ek olarak, kan damarları, böbrekler, kaslar, kemik iliği, akciğer ve karaciğere de zarar verirler ve miyokardın elektriksel stabilitesinin bozulmasının da dâhil olduğu KY ile ilişkili pek çok klinik durumdan sorumlu olan patofizyolojik kısır döngüyü oluştururlar. Bu iki anahtar sürecin engellenmesi, KY'nin etkili tedavilerinden çoğunun temelini oluşturur [29].

Hacim veya basınç artışı gibi istenmeyen yüklenme koşulları miyozit hipertrofisi oluşturur. Kısaca kalp hücrelerinde büyüme gözlenir. Kalbin boyut ve şeklinde değişime neden olarak miyokardiyal yeniden şekillenme meydana gelir [23]. Bu adaptasyon mekanizmaları, pompa fonksiyonunu ancak kısıtlı bir süre koruyabilir ve uzun süreler aşırı yüke maruz kalan ventrikülün tükenmesi ise kaçınılmaz hal alır [32].

2.1.4. Kalp yetmezliği tipleri

Akut-kronik kalp yetmezliği

KY'ye neden olan patolojinin gelişme hızı ve karşılayıcı önlemlerin alınabilmesi için gereken zamana bağlı olarak klinik tablonun akut ya da daha uzun sürede ortaya çıkmasını belirten bir tanımlamadır [30].

Akut kalp yetmezliği ani başlayan nefes darlığı veya kronik kalp yetmezliği zemininde gelişen akut dekompanseasyon olarak tanımlanmaktadır. Etkilenen ventriküle boşalan venöz yatağın akut konjesyonu ile birlikte ani kardiyak dekompanseasyon, kardiyak debide ani azalma, yetersiz organ perfüzyonu ve semptomların akut olarak başlaması söz konusudur. Akut sol KY'de pulmoner ödeme bağlı şiddetli dispne; kronik KY'de ise adaptif mekanizmaların aktivasyonu ve kardiyak hipertrofi vardır. [33].

Sağ-sol kalp yetmezliği

Yetmezlik kalbin etkilenen tarafına göre isim almaktadır. Sol kalp, sağ kalp veya her ikisi de kalp yetmezliğine neden olabilir; en sık sol KY ile karşılaşılır. Akut KY'ler çoğunlukla tek ventrikülle sınırlı iken, kronik KY çoğunlukla sol kalpte başlar ve zamanla biventriküler yetmezlik halini alır [33].

Sağ kalp yetmezliği sağ ventrikül miyokart ile ilgili sorunlardan ard yük artışı sonucunda volüm yüklenmesine bağlı olarak görülebilir. Sağ kalp yetmezliğinin en sık nedeni, sol ventrikül yetmezliği sonucu bozulan böbrek perfüzyonunun su ve tuz retansiyonuna neden olmasıdır. Buna bağlı pulmoner arter basıncındaki artışı tolere etmek için sağ ventrikül dilatasyonu ve hipertrofisi oluşur. Bu dilatasyon triküspid yetmezliğine sebep olur. Perikardın sınırlayıcı etkisinden dolayı septum sol ventriküle doğru yer değiştirir. Sonuçta sol ventrikül dolumu etkilenir ve kardiyak output düşer. İleri evrede yüksek venöz - düşük arteriyel basınç nedeniyle majör organların perfüzyonları bozulur. Multi organ yetmezliği gelişir. Kısaca iki tarafın herhangi birinde yetmezlik oluşması diğerini de etkilemektedir [34].

Düşük- yüksek debili kalp yetmezliği

Düşük debili KY, debi düşüklüğü ve periferik hipoperfüzyon bulgularıyla belirlenen bir klinik tablodur. Soğuk, soluk ekstremiteler, oligüri ve ileri olgularda nabız basıncı düşüklüğü belirtileridir. Buna karşılık, hiperkinetik dolaşım ile ilişkili durumlarda (anemi, hipertiroidi, gebelik, Paget hastalığı, arteriovenöz fistül gibi) seyrek de olsa yüksek debili KY oluşabilir. Yüksek debili KY’de ekstremiteler sıcak ve kırmızıdır. Nabız basıncı normal ya da yüksektir. Kalbin dokulara oksijen verme yeteneğini yansıtan arter-venöz oksijen farkı belirgin olarak artmıştır [30, 33].

Sistolik-diyastolik kalp yetmezliği

Kalbin doluş yetersizliği nedeniyle kanı pompalayamaması diyastolik KY'yi, kontraksiyon bozukluğu veya boşalma yetersizliği nedeniyle kanı periferik pompalayamaması sistolik KY'yi ifade etmektedir [33].

Diyastolik disfonksiyon, ventrikülün genişleyebilme özelliğinin, doluş veya relaksasyonun bozulması anlamındadır. Sınırları belirtilmemekle birlikte sol ventrikül fonksiyonları korunmuş kalp yetmezliği olarak tanımlanmaktadır. Birçok kalp yetmezliği olgusunda sistolik ve diyastolik fonksiyon bozukluğu bir arada bulunmaktadır. Sol ventrikül fonksiyonlarının korunduğu diyastolik KY hastalarını sistolik KY’ye göre daha yaşlı, hipertansif hastalar ve daha çok kadınlar oluşturmaktadır [24].

İskemik-Noniskemik Kalp Yetmezliği

İskemi ve infarktüs sonucu kalp yetmezliği meydana gelebilir. İskemik kardiyomiyopati miyokart enfarktüsü sonucu patolojik remodeling olgusudur. İskemik kardiyomiyopati büyük koroner damarların daralması ile ya da diffüz küçük damar hastalığının iskemiye yol açması ile görülebilir [35].

İskemik ve noniskemik kalp yetmezliği tedaviyi farklılaştıracağı için ayırt edilmelidir. Reperfüzyon sağlanması ve patolojik remodeling’in önlenmesine yönelik tedavilerle sağkalım oranı yükseltilmektedir. Miyokart enfarktüslerinin en önemli nedeni koroner arter hastalığıdır. Erken dönemde tanılama miyokardiyal disfonksiyonun yavaşlamasına

hatta geri dönüşümüne etki etmektedir. Miyokart nekrozunun geliştiği durumlarda ise iskemik kalp yetmezliğinden söz edilmektedir [35,36].

2.1.5. Kalp yetmezliğinin belirti ve bulguları

Kalp yetmezliğini tanılamak özellikle erken dönemde zor olabilmektedir. Bulguların birçoğu sadece kalp yetmezliğinde görülmeyebilir. Bu nedenle KY ve diğer sorunlar arasında ayırıcı tanı yapmak zor olabilir [23]. Belirti ve bulgulara neden olan mekanizma kalp yetersizliğine bağlı oluşan organ ve kaslardaki perfüzyon yetersizliğidir. Buna karşı gelişen kompensatuar nörohumoral yanıtlar su ve tuz tutulmasıyla akciğerde, interstisiyel alanlarda ve organlarda konjesyona neden olur. Dolaşımda konjesyon ve vital organlara azalmış kan akımı KY'nin majör bulgusudur [33].

KY sonucu oluşan akciğer konjesyonu akciğer parankim dokusunda yer alan j reseptörlerini aktive eder ve bu aktivasyonun sonucunda merkez sinir sistemi solunum merkezi uyarılır ve dispne ortaya çıkar [23]. Dispne, KY'nin en erken ve en sık görülen semptomudur. Başlangıçta eforla gelişen dispne, hastalığın New York Kalp Birliği (NYHA) sınıfının yükselmesine paralel olarak paroksizmal gece dispnesi, ortopne ve sonunda istirahat dispnesi şeklinde kendini gösterir. Genellikle sol kalp yetmezliği belirtisi olan dispne, kalp debisindeki düşme ve solunum kaslarının yetersiz perfüzyonuna bağlı sağ KY'de de görülebilir [33,37]. Akciğer konjesyonunun evresine göre taşipne, hırıltılı solunum, öksürük, raller, ortopne, Cheyne-Stokes solunumu, paroksizmal gece dispneleri ve siyanoz görülebilir [30,33,38]. Ortopne, hastanın yatar durumdan nefes darlığı ve sıkıntı nedeni ile oturur duruma geçmesidir. Paroksizmal dispne ise gece gelen nefes darlığıdır, KY için daha özgün bir belirtidir. Sol ventrikül diyastol sonu basınç artışıyla ortaya çıkar [35].

Sağ ventrikül doluş basıncındaki artışa bağlı olarak boyun venlerinde dolgunluk, hepatomegali ve ödem görülür. Artmış juguler venöz basınç sağ kalp yetmezliğinin en önemli bulgusudur. Ayak ve bacaklarda basmakla gide bırakan ve bilateral ödem de bir diğer semptomdur. Ödemin belirginleşmesi için hücre dışı sıvı hacminin en az 4-5 lt olması gerekir. Hepatik venlerde ve peritonu drene eden venlerde basınç artışına bağlı olarak asit gözlenir, bu uzun süreli sistemik venöz hipertansiyonu yansıtır [23].

Kalp yetmezliğinde kalbin kendisine ait bulguları ise kardiyomegali, taşikardi, kan basıncında düşüklük şeklinde sıralanabilir. Kardiyomegali, ventriküler dilatasyon veya hipertrofi sonucu oluşur. Apeks vuruşu laterale ve aşağıya doğru kaymıştır. Kan basıncı yüksek, normal veya düşük olabilir. Düşük kan basıncı kötü prognozla ilişkilidir. Taşikardi, özellikle dekompanse KY'nin bir bulgusudur. Azalmış kalp debisi kalp hızının artırılmasıyla kompanse edilmeye çalışılır. Zayıf ve küçülmüş nabız KY'de debinin azalması sonucu alınabilir [17,24]. Kalp debisindeki azalmaya bağlı olarak iskelet kaslarındaki perfüzyon yetersizliği, eforla veya istirahat halsizlik ve yorgunluk oluşmasının nedenidir. Sistolik kan basıncının <80 mmHg olması, nabız basıncında daralma, periferik siyanoz ve alt ekstremitelerde soğukluk perfüzyon yetersizliğini gösterir [33].

Akut ve kronik kalp yetmezliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzunun tipik KY belirti ve bulguları çizelge 2.2'de gösterilmiştir [29].

Çizelge 2.2. Kalp yetmezliğinin belirti ve bulguları [29]

Belirtiler	Bulgular
Tipik	Daha özgül
Nefes darlığı	Juguler ven basıncında artış
Ortopne	Hepatojuguler reflü
Paroksizmal nokturnal dispne	Üçüncü kalp sesi (gallop ritmi)
Egzersiz toleransında azalma	Kalp tepe vurusunun sola kayması
Halsizlik, yorgunluk, egzersiz sonrası toparlanma süresinin uzaması	Kalp seslerinde üfürüm
Ayak bileği şişliği	
Daha az tipik	Daha az özgül
Gece gelen öksürük	Periferik ödem (ayak bileği, sakral, skrotal)
Hışıltı (wheezing)	Akciğerlerde krepatasyon
Kilo artışı (>2kg/hafta)	Akciğerlerde havalanma azlığı ve akciğer bazallerinde perküsyonda matite alınması (plevral efüzyon)
Kilo kaybı (ileri kalp yetmezliğinde)	Taşikardi
Şişkinlik hissi	Düzensiz nabız
İştahsızlık	Taşipne (>16 solunum/dk)
Konfüzyon (özellikle yaşlılarda)	Hepatomegali
Depresyon	Asit
Çarpıntı	Zayıflama (kaşeksi)
Senkop	

2.1.6. Kalp yetmezliğinin sınıflandırılması

KY düzeyini belirlemede yaygın olarak iki sınıflandırma kullanılır. Bunlardan biri semptomlar ve egzersiz düzeyinin temel alındığı NYHA sınıflandırmasıdır. NYHA sınıflandırmasının tanımlamada yararlı olduğu görülmüş ve yapılan kalple ilgili çalışmaların çoğunda kullanılmıştır. Diğer KY'yi yapısal değişiklikler ve semptomlar temelinde farklı evrelere ayıran Amerikan Kalp Birliği (AHA) sınıflamasıdır [30,39].

Çizelge 2.3. New York Kalp Birliği kalp yetmezliği sınıflandırma sistemi [39]

SINIF	KLİNİK	
SINIF I	Kişinin hayatında hiçbir kısıtlama yoktur. Gündelik hayatında fiziksel çabalarda yorgunluk, dispne, çarpıntı ve göğüs ağrısı görülmez.	Hastalar ≤ 7 metabolik eşdeğeri (METS) enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar. Basketbol, kayak, hentbol, 5 mil/saat yürüme gibi
SINIF II	Gündelik hayatındaki fiziksel çabalarda çok hafif sınırlama vardır. Yorgunluk, dispne, çarpıntı veya anjina oluşur. İstirahatte hastalar rahattır.	Hastalar ≤ 5 METS enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar. Dans, bahçe işi, cinsel aktivite, 4 mil/saat yürüme. Hastalar ≥ 7 METS enerji gerektiren aktiviteleri yapamazlar
SINIF III	Gündelik hayatındaki fiziksel çabalarda bariz sınırlama vardır. Hastalar istirahatte rahat ancak normal fiziksel çabalarda semptomlar görülür.	Hastalar ≤ 2 METS enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar. Durmaksızın duş alma ve giyinebilme, basit ev işleri, golf oynama ve 2.5 mil/saat yürüme. Hastalar ≥ 5 METS enerji gerektiren aktiviteleri yapamazlar.
SINIF IV	İstirahatte bile semptomlar vardır.	Hastalar ≥ 2 METS enerji gerektiren aktiviteleri kesin yapamazlar. Hastalar sınıf III kalp yetmezliğinde belirtilen hiçbir aktiviteyi gerçekleştiremez

Diğer kalp yetmezliği sınıflaması AHA'nın yetişkinlerde Kronik Kalp Yetmezliği sınıflaması ise şöyledir.

Evre A:

Kalp yetmezliğinin gelişimi ile kuvvetli olarak ilişkili komorbid durumların olmasından dolayı kalp yetmezliği riski olan hastaları kapsar. Böyle hastaların KY belirti ve bulguları yoktur ve KY'nin belirti ve bulgularını hiç göstermemişlerdir. Kapakların veya ventriküllerin yapısal veya fonksiyonel bozuklukları yoktur. Örnekler: Sistemik hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus, kardiyotoksik ajan kullanımı, alkol kullanımı [28,33].

Evre B:

Kalp yetmezliği gelişimi ile kuvvetli olarak ilişkili yapısal kalp hastalığı gelişmiş olan, ancak KY belirtisi olmayan ve KY'nin bulgu veya belirtilerini hiç göstermemiş olan hastalar. Örnekler: Sol ventrikül hipertrofisi, asemptomatik valvüler kalp hastalıklarında dilate olmuş ventriküller, geçirilmiş miyokart enfarktüsü [28,33,36].

Evre C:

Altta yatan yapısal kalp hastalığı ile ilişkili eskiden veya halen kalp yetmezliği semptomları olan hastalardır. Örnekler: Dispne veya egzersiz intoleransı olan hastalar, asemptomatik olup geçmiş semptomları için KY tedavisi alan hastalar [28,33].

Evre D:

Maksimum medikal tedaviye rağmen istirahatte belirgin kalp yetmezliği semptomları bulunan ve özel girişimlere ihtiyaç duyan hastalar. Örnekler: Hastaneden güvenle taburcu edilemeyen, tekrar tekrar hastaneye yatırılan, hastanede kalp transplantasyonu bekleyen, hastane benzeri ortamlarda bulunan, evde semptomların azalması için sürekli intravenöz destek alan, mekanik destek cihazı ile tedavi gören hastalar [28,33].

Bu yeni evreleme büyük ölçüde kliniğe dayalıdır ve hekimlerin tedavilerini spesifik hasta alt gruplarına daha fazla odaklanmış biçimde yönlendirmesine izin vermektedir. Hastalar genellikle evrelemede ileriye doğru gelişme gösteriyor olsalar da bazen D'den C'ye geçebilirler [28,33,36,39].

2.1.7.Kalp yetmezliğinde tanılama

Kalp yetmezliği olan hastaların yatış süresinin uzunluğu, karmaşık problemleri hükümetler için ekonomik olarak önemli bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle kalp yetmezliğinin tanısı, tedavisi, kalp yetmezliğinin gelişiminin önlenmesi oldukça önemlidir [22]. Kalp yetmezliğinde başlıca tanı yöntemleri; laboratuvar testleri, elektrokardiyografi, ekokardiyografi, akciğer radyografisi, radyonüklid çalışmalar, koroner anjiyografi ve kateterizasyondur [30].

Laboratuvar testleri

Rutin laboratuvar testlerinin birçoğu alternatif veya eşzamanlı tanılar hakkında ve kalp yetmezliğinden kaynaklanan sistemik disfonksiyon hakkında bilgi sağlar. Ayrıca bu testler tedaviye yön verir ve tedavinin takibinde de gerekebilir [40].

Avrupa Kardiyoloji Cemiyetinin 2012 yılı kılavuzunda serum beyin natriüretik peptid (BNP) ve N-Terminal-proBNP (NT-proBNP) ölçümlerinin kalp yetmezliği tanısını dışlamada kullanılabileceği bildirilmiştir [41]. Avrupa Kardiyoloji Cemiyetinin 2016 yılı kılavuzunda bu değerler akut semptomlarla başvuran hastalarda BNP için tanıyı dışlayıcı eşik değeri <100 pg/mL, NT-proBNP için <300 pg/mL, orta bölge pro atrial natriüretik peptid (MR-pro ANP) ise <120 pmol/mL kabul edilmiştir [42]. Buna rağmen yüksek değerler varlığında hemen tanı konulmaz, BNP seviyesini yükselten diğer nedenleri değerlendirmek gerekmektedir [43].

Akut KY'ye neden olacak akut koroner sendromu belirlemede kardiyak troponinler fayda sağlamaktadır. Fakat belirgin miyokardiyal iskemi ya da akut koroner olay olmadan, miyozit hasarı ve nekrozunu gösteren kardiyak troponin yüksekliği akut KY hastalarının çoğunda görülebilmektedir [43]. Bunların dışında hematolojik testler, karaciğer, böbrek fonksiyonları, elektrolitler, kan şekeri, kan lipit parametreleri, kardiyak hasar belirteçlerine

bakılmalıdır [29,41]. Tiroid stimüle hormon KY'nin tetikleyicisi veya sebebi olabileceğinden göz ardı edilmemelidir [29,43]. KY'de anemi önemli bir bulgudur. Orta-ileri derecede anemi iskemik kalp hastalıklarını şiddetlendirebileceği gibi şiddetli anemi yüksek debili kalp yetmezliğine neden olabilir. Bu nedenle hematolojik testlere bu hastalarda bakılması önemlidir. Sağ KY sonucunda karaciğer konjesyonuna bağlı olarak karaciğer fonksiyonları bozulabilir. Kronik KY ve akut dekompanseasyonda hipoperfüzyona bağlı renal disfonksiyon gelişebilir. Bu yüzden hastaların karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri göz ardı edilmemelidir. Diyabet, kalp yetmezliğine neden olan ve hızlandıran faktör olabilir. KY'li hastalarda tanı konmamış diyabet sık olduğu için kan şekeri ölçümü de önem taşır[41].

Tedavi öncesi kontrolü kadar, tedavi sonrası izlemde de biyokimyasal tetkikler önemlidir. Su ve sodyum dengesini ya da böbrek işlevlerini etkileyen tedavi başlandığında veya dozu değiştirildiğinde biyokimyasal (sodyum, potasyum, kreatinin/hesaplanmış glomerül filtrasyon hızı) izlem önem taşır [29]. İlaç kullanımına bağlı diürez veya nörohumoral aktivasyon sonucunda hiponatremi, hipopotasemi, hipomagnezemi, hipokalsemi, hiperkalemi görülebilecek bozukluklardır [41].

Elektrokardiyografi

Kalp yetmezliği olan hastalarda EKG rutin değerlendirmenin bir parçasıdır. İstirahat halinde genellikle EKG anormaldir. Normal EKG sistolik işlev bozukluğunu % 90 dışlar [33]. Ambulatuvar EKG monitorizasyonu, aritmi veya bradikardiyi düşündüren belirtileri (örn. çarpıntı veya senkop) olan hastaların değerlendirilmesinde ve atrial fibrilasyonlu hastalarda ventrikül hızının izleminde önemlidir. EKG aritmilerin tiplerinin, sıklığının ve süresinin, sessiz iskemi ve bradikardi ataklarının ve ileti bozukluklarının belirlenmesinde kullanışlıdır [29].

Kalp yetmezliği olan hastaların yaklaşık 1/3'ü aritmiye bağlı ani ölüm nedeniyle kaybedilmektedir. Ani olum riski yüksek olan hastalarda implante edilebilir kardiyoverter defibrilator (ICD) hayat kurtarıcıdır. Bu nedenle ani olum riski yüksek hastaların belirlenebilmesi için EKG ile ilgili birçok parametreden yararlanılır [28].

Ekokardiyografi

Kalp yetmezliği semptomları olan hastaları değerlendirmede en önemli tanı aracı ekokardiyografidir. Ejeksiyon fraksiyonu (EF), odacık boyutları, duvar boyutları, duvar hareketleri ve valvuler fonksiyonların değerlendirilmesinde oldukça güvenilir, noninvaziv bir tetkiktir. Ayrıca perikardiyal sıvı varlığı ve konstriktif perikarditte bulunan kalınlaşma ve kalsifikasyonlar da saptanabilir. İnfiltratif veya restriktif kardiyomiyopatide bulunan miyokarda ait tipik özellikler görülebilir. Buna ek olarak ekokardiyografide bulunan doppler özelliği sayesinde kaçak akımlar izlenebilir, kalp boşlukları arasındaki basınç farkları ve geçen hacim miktarları hesaplanabilir. Kalbin diyastol işlevinin ekokardiyografi ile saptanabiliyor olması önemli başka bir fonksiyonudur [28,36,40]

Akciğer Radyografisi

KY varlığını anlayabilmek için ilk değerlendirilmesi gereken akciğer grafisidir. Bu tetkikle kalp boyutları, sınırları, pulmoner doku, pulmoner damar yapıları ve anormal yoğunluklar değerlendirilir. KY’de en sık görülen bulgu kalp büyümesidir. Pulmoner ödem, plevral sıvı da akciğer grafisinde görülebilir. İnterstisyel ve alveolar ödem ciddi sol ventrikul işlev bozukluğunun önemli ve güvenilir işaretleridir. Akciğer radyografisi klinik bulgular ve elektrokardiyografik anormalliklerle birleştirildiğinde tanısal değer taşır [28].

Radyonüklid çalışmalar

Kardiyak manyetik rezonans, iskemi ve canlılık değerlendirmesi de dâhil olmak üzere, ekokardiyografi ile elde edilen anatomik ve işlevsel bilgilerin çoğunu ve bazı ek değerlendirmeleri sağlayabilen invaziv olmayan bir tekniktir. Kardiyak manyetik rezonans, hacimlerin, kütlenin ve duvar hareketlerinin değerlendirilmesinde doğruluk ve tekrar edilebilirlik açılarından altın standart olarak kabul edilmektedir. Pek çok hastada iyi görüntü kalitesi sağladığından, ekokardiyografik çalışmalarda tanı konamayan hastalarda en iyi alternatif görüntüleme seçeneğidir [35].

Talyum sintigrafisi de kalbin beslenme durumunu gösterir. Hastaya intravenöz Talyum verilir ve sintigrafi ile kalbin beslenme haritası çıkarılır. Talyum canlı hücrelerce tutunur, talyum tutunması olmayan iskemik bölgeler böylece tespit edilebilir [28].

Koroner Anjiyografi ve Kateterizasyon

Kalp yetmezliğinin en başta gelen etiyolojik faktörleri arasında yer alan koroner arter hastalığının ve iskeminin tespitinde koroner anjiyografi ve kateterizasyon önemli bir tanı ve tedavi yöntemidir. Ventrikülografik incelemeyle ejeksiyon fraksiyonu tespiti ve kalp kateterizasyonu ile elde edilecek basınç ölçümleri ventrikül performansını ortaya koymaya yardımcı olur. Ayrıca akut miyokart enfarktüsü komplikasyonlarının değerlendirilmesinde ve intrakardiyak şantların belirlenmesinde de ventrikülografi önemlidir. Kapak hastalarının teşhisinde hemodinamik inceleme ve transplantasyon düşünülen hastaların tespitinde koroner anjiyografi ve sağ / sol kalp kateterizasyonu önemlidir. [44].

2.1.8. Kalp yetmezliği tedavisi

Kalp yetmezliğinde farmakolojik tedavi

Kalp yetmezliği, tedavide elde edilen önemli gelişmelere karşın yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Günümüzde kalp yetmezliği tedavisinde öncelikle ilaç dışı uygun tedavi stratejileri (tuz kısıtlaması, egzersiz, alkolün kesilmesi) ve farmakolojik tedavi uygulanmaktadır. Son yıllarda intrakardiyak defibrilator ve/veya kardiyak re senkronizasyon tedavisi gibi cihaz tedavileri ile mortalite ve morbidite de ek kazanımlar sağlanmıştır. Son evre hastalarda ventriküler yardımcı cihazlar (asist device) ve kardiyak transplantasyon tedavi seçenekleri arasındadır [41].

Kalp yetmezliğin tedavisinde 3 temel amaç vardır;

- 1- Önleme (kalp yetmezliği yapan hastalıkların önlenmesi, kalp yetmezliğinin ilerlemesinin önlenmesi)
- 2- Semptomların azaltılması, ortaya çıkaran faktörün / faktörlerin tedavisi, yaşam kalitesinin arttırılması
- 3- Yaşam süresinin uzatılmasıdır [39].

Çizelge 2.4. Kalp yetmezliğinde farmakolojik tedavi [39,41,45]

İlaç Grubu	Etki mekanizması	
Aldosteron antagonistleri	Primer etki yerleri distal tubulusların son bölümü ve toplayıcı kanallar olup Na^+ atılımında artma, K^+ reabsorbsiyonunda fazlalaşma meydana getirirler.	NYHA sınıf II-IV ve $\text{EF} < \%35$ olan hastalarda standart tedavilerle birlikte uygulanır. Renal disfonksiyon, serum kreatin değerinde artış ve hiperkalemiye neden olabilir. Eşzamanlı olarak potasyum tutucu diüretikler ile uygulanmamalıdır.
Anjiyotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri (ACEİ)	Bu ajanlar, anjiyotensin I'ın, anjiyotensin II ye dönüşünü katalize eden ACE'yi inhibe ederek güçlü bir vazokonstriktör olan Anjiyotensin II'nin oluşumunu engellerler. Pulmoner konjesyonu azaltır, arterlerde vazodilatasyon yaparak periferik direnci düşürür, ard yükü azaltır ve kalp debisinde artış sağlar.	$\text{EF} < \%40$ altında NYHA tüm sınıflarda endikedir. Böbrek disfonksiyonu ve hipotansiyon açısından kontrol altında tutulmalıdır. Serum kreatinin değerinde 0,5 mg/dl ve üzeri artışta doz ve tedavi yeniden değerlendirilmelidir.
Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri	Angiotensin II reseptör antagonistleri AT1 reseptörlerini selektif olarak bloke eden güçlü ve uzun etkili nonpeptid ajanlardır.	ACEİ toleransı olan NYHA' nın tüm sınıflarında ve EF' si $\%40'$ tan düşük olan hastalarda kullanılır. Böbrek disfonksiyonu ve hipotansiyona bu tedavide de dikkat edilmelidir.
b-Adrenerjik reseptör antagonistleri (Beta Blokerler)	Periferik b-adrenerjik reseptörleri, katekolaminler ile kompetitif bir mekanizma ile kapatarak, bloke ederler. Böylece arteriyel damar direncini düşürmek suretiyle antihipertansif etkilerini meydana getirirler. Ayrıca, miyokart üzerinde yaptıkları (-) inotrop etki sonucu kalp kontraktilesini azaltarak kalp hızını ve debisini azaltırlar.	İskemi, hipertansiyon veya kardiyomiyopati kökenli kalp yetmezliği hastalarında kullanılır. (NYHA II – III, $\text{EF} < \%40$). Beta-blokerlerin ani kesilmesi mevcut angina ve kalp yetmezliği şiddetlendirebilir. Bu yüzden tedaviyi kesme ya da doz azaltılması bir iki hafta içinde yapılmalıdır. Bronkospazm öyküsü olan hastalarda bronkospazmı tetikleyeceğinden dolayı dikkat edilmelidir. Ayrıca betablokerler diyabet hastalarında hipoglisemik belirti ve bulguları maskeleyebilir.

Çizelge 2.4. (devam) Kalp yetmezliğinde farmakolojik tedavi [39,41,45]

Digoxin	Digoksinin pozitif inotropik etkisi sodyum / potasyum ATPaz pompasını inhibe eder. Bu durum hücre içi sodyumunun artmasına yol açar ve sodyum-kalsiyum değişim sisteminin sonucunda kasılmayı aktive eden kalsiyum miktarı da hücre içinde artmış olur. Miyokart kontraktilesini artırır. Digoksinin ayrıca semptomimetik ve parasempatik (vagal) etkileri de vardır. Vagal etki ön plandadır; sinüs hızının yavaşlamasına ve ileti gecikmelerine yol açabilir.	Atriyal fibrilasyonlu ya da yüksek ventriküler cevabı olan EF'si % 40' ın altında olan hafif-orta şiddetli sistolik kalp yetmezliğinde önerilir. ACE inhibitörleri ile birlikte kullanıldığında hospitalizasyonu azaltırlar. Kandaki digoksin miktarının artmasıyla digoksin zehirlenmesi ortaya çıkabilir bu yüzden düzenli olarak kan düzeyine bakılmalıdır. Serum digoksin düzeyi 2ng/dl altında olsa bile hipopotasemi veya hipomagnezimi eşliğinde toksisiteye neden olabilirler. Elektrolit dengesi kontrol altında tutulmalıdır.
Nitratlar	Nitratlar vücutta nitrik okside (NO) dönüşürler. NO guanilat siklaz'ı aktive ederek GTP'den kuvvetli bir vasodilatör olan siklik GMP'nin yapımına neden olur. Sonuçta venöz kapasitan damarlarda genişlemeye bağlı olarak kalbe dönen kan akımında azalma ve arteriyel kan basıncında da düşme sağlayarak, hem preload'u, hem de afterload'u azaltır. Enddiastolik ventrikül içi basıncının yani duvar geriliminin azalmasını sağlar. Bu da bir yandan subendokardiyal bölgenin kanlanmasını olumlu yönden etkilerken, diğer yandan kalbin iş yükünün azalmasına bağlı olarak oksijen ihtiyacının da azalmasına neden olur.	NYHA sınıflaması III-IV ve EF<%40 olan KY hastalarında kullanılır. Tedaviye rağmen semptomatik kalan kronik KY hastalarında, nokturnal dispneyi kontrol altına alabilmek amacıyla geceleri oral izosorbit mononitrat preparatları kullanılabilir. Acil durumlarda dilaltı kullanım şekli vardır. Hipotansiyon etkisi nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır.

Çizelge 2.4. (devam) Kalp yetmezliğinde farmakolojik tedavi [39,41,45]

Loop, tiazid diüretikler	Tiazidler distal tubulus kıvrımlarının başlangıç bölgesinde Na^+ , Cl^- transportunu inhibe ederek Na^+ geri emilimini bozarlar. Loop diüretikleri ise Henle kulpunun kalın çıkan kolunda etkilidirler. Potasyum tutucu diüretikler distal tubulusların son bölümü ve toplayıcı kanallarda doğrudan etki ile Na^+ ile K^+ alışverişini duraklatırlar. Na^+ atılımını artırır, K^+ reabsorpsiyonunu çoğaltırlar.	Vücutta sıvı konjesyonuna bağlı belirti ve bulgular olduğunda kullanılırlar. Hipotansiyon ve hipokalsemiye neden olabilirler. Bazı diüretiklerin ototoksik etkileri vardır. Anürik durumlarda kontrendikedirler.
Kalsiyum Kanal Blokerleri	Düz kaslara Ca^{2+} girişini engelleyerek kontraksiyonu azaltırlar. Kan basıncını düşürür ve ön yükü azaltırlar.	Hipotansiyon yönünden dikkatli kullanılmalıdır.

Nonfarmakolojik (İlaç Dışı) Tedavi Yöntemleri

Vücut ağırlığının izlenmesi:

Kilo takibinin günlük rutine alınması gerekmektedir. Her sabah tualete gittikten sonra hastanın kilosunu aynı kıyafetler ve aynı tartı da düzenli olarak ölçmesi tavsiye edilmektedir. Beklenmeyen birdenbire, üç günde iki kg ağırlık artışı durumunda hastanın doktoruna bu durumu iletmesi gerekir, tedavi düzenlenmesine gidilmelidir [46]. Günlük kilo izlemi sonucunda iki üç gün içinde 2-3 kilo kaybı, baş dönmesi, göz kararması, halsizlik, kas krampları gibi durumlar görülürse ilaç dozunun fazla geldiği ve vücuttaki sıvı kaybının fazla olduğu düşünülür, doktora başvurulmalı ve tedavi gözden geçirilmelidir [47].

Vücut ağırlığı, ideal vücut ağırlığının %90'ından küçük ise, ya da önceki altı ay içinde beş kg veya vücut ağırlığının %7.5 kasti olmayan kaybı varsa ve/veya beden kitle indeksi 22 kg/m^2 'den küçük ise anormal kilo kaybı düşünülmelidir. Bu durumda hastanın ödemsiz normal kilo sınırına ulaşması için tedavi düzenlenmelidir. Yeterli egzersiz ile kas kitlesinin artırılmaya çalışılması tercih edilen tedavi şeklidir [46].

Egzersiz

Düzenli fiziksel egzersiz ile KY hastalarında fiziksel kondisyonda iyileşme, semptomlarda ve nörohormonal anormalliklerde düzelme izlendiği, hastaneye yatış oranlarında ise azalma gözlemlendiği bildirilmiştir [56]. Yapılan araştırmalarda egzersiz ile hastaların oksijen tüketiminin daha düzenli olduğu, yaşam kalitesi ve diastolik fonksiyonlarda iyileşme görüldüğü, tüm nedenlere bağlı mortalite ve tüm nedenlere bağlı hastaneye yatış oranlarını içeren klinik sonuçların anlamlı düzelme sağladığı saptanmıştır [44,58]. Buna karşın çalışmalarda yeteri kadar temsil edilmedikleri için yaşlı kalp yetmezliği popülasyonunda fizik aktivitenin etkileri net değildir [56].

Diyet önlemleri:

Ciddi KY olan hastalarda belirtileri hafifletmek ve ödemi önlemek için günlük sıvı alımı 1,5- 2 lt ile sınırlanmalıdır. Sıcak havalarda, bulantı kusma gibi durumlarda sıvı alımı tekrar düzenlenmelidir. Diyetteki tuz miktarı kontrol edilmeli, günlük tuz alımı 6 gr tuzu geçmemelidir [58]. Ciddi KY'si olan hastalarda bu miktar 2 mg tuza kadar düşürülmelidir. Tuz yerine geçen potasyum ihtiva eden maddeler dikkatli kullanılmalıdır. Bunlar büyük miktarlarda ve ilaçlarla birlikte kullanıldığında hiperkalemiye sebep olabilmektedir [62]. Orta miktarda alkol alımı (10-20 ml saf alkol barındıran bir bardak şarap ya da yarım bira bardağı bira) müsaade edilmektedir. Alkolik kardiyomiyopatiden şüphelenilenlerde alkol yasaklanmalıdır [58].

Seksüel aktive:

KY olan hastalar sağlık uzmanları tarafından yasaklanmadığı sürece hastalık belirtilerini artırmayacak şekilde normal seksüel aktivitede bulunmalarında sıkıntı görülmemiştir. Eretil işlev bozukluğunun tedavisi için de uzmanlardan hastalıklarını göz ardı etmeden yardım alabilmeleri mümkündür [58].

Sigara ve madde kullanımı:

Kalp yetmezliği hastalarında sigara ve uyuşturucu kullanımı önerilmemektedir. Hastaların baş etme yöntemlerinin kuvvetlendirilmesi, sigara ve uyuşturucuyu bırakmaları için bilişsel ve psikososyal destek almaları desteklenmelidir [44,58].

2.2.Kronik Hastalıklarda Yönetim ve Bakım Modeli

Ülkemizde nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü artmaktadır. Bu hastalık yükünün büyük bir bölümünü ise kronik hastalıklar oluşturmaktadır [10]. Hastalık kontrol ve önleme merkezi raporlarına göre ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan 7'sini kronik hastalıklar oluşturmaktadır [48].

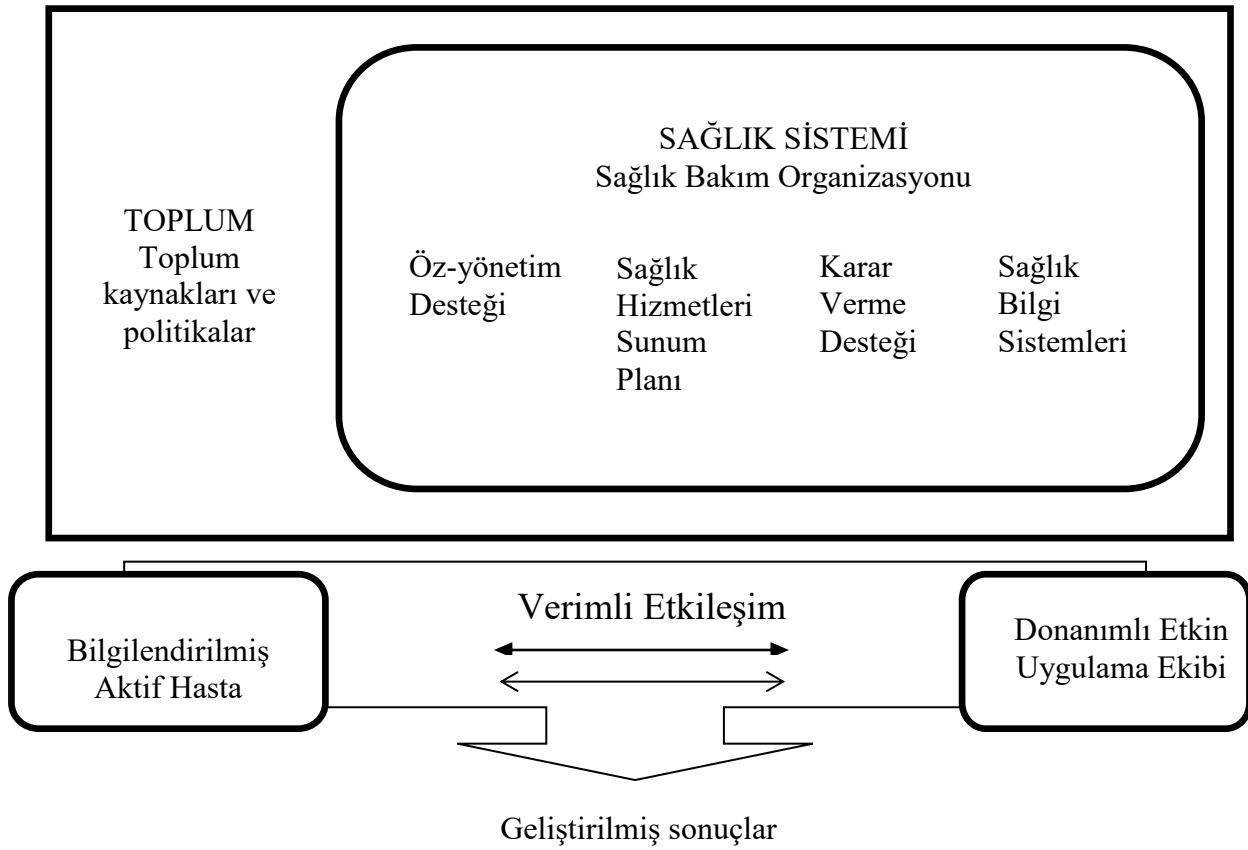
Kronik hastalıklar, iyileşme ve hastalık süreç döngüsünde ilerleyen kendi kendine tedavisi olmayan ve nadiren tamamıyla iyileşen uzun süreli rahatsızlıklardır. Dünya eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresini artırmış, paralelinde kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana getirmiştir [49].

Kronik hastalıklar tüm dünyada, ölüm nedenlerinin başında yer almakta ve sağlık harcamalarının yaklaşık %86'sı kronik hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır [48]. Türkiye istatistik kurumu 2015 verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları %40,3 ile ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada %20 ile iyi ve kötü huylu tümörlere bağlı ölümler; üçüncü sırada %11,1 solunum sistemi hastalıkları görülmektedir [5].

Yaşlanan dünya, kronik hastalıklardaki artış, beklenen yaşam süresinde uzama yeni tedavi beklentilerini de beraberinde getirmektedir. Gelişen tedavi ve bakım protokollerinin yenilenmesi, eksiklerinin giderilmesi, teknolojiye uygun olarak tekrar düzenlenmesi gerekmektedir. Hasta öz yönetiminin güçlendirildiği hasta aktif katılımının sağlandığı, akut problemlerin kısa süreli çözümleri yerine kronik sorunlar üzerinde yeterince durulan bakım uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yüzden yeni açılımlar ve bakım uygulamalarının ortaya konması gerekmektedir [50].

Kronik hastalıklar tıbbi girişimlerle kısa sürede tedavi edilemeyen, uzun dönem periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır. Hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarında yavaş ve geri dönüşümü olmayan sapmalara neden olduğu bu yüzden sürekli tıbbi tedavi ve bakım gerektirdiği bir gerçektir. Tedavi süreçleri iyilik ve hastalık kısır döngüsünde devam eder. Kişinin öz bakım işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak hastalığın şiddetini azaltmak ise kronik hastalık yönetiminde en önemli noktadır [51].

Kronik hastalık yönetimi için birçok model oluşturulmuştur. En çok kullanılan ve etkili olan kronik bakım modelidir. Kronik hastalıklarda toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda bakımın kalitesini yükseltmek ve maliyetini düşürmek amacıyla ortaya konmuştur. Bu modelin ana amacı, donanımlı sağlık bakım ekibi ile hastalığı konusunda bilgilendirilmiş, aktif, öz yönetimi güçlü hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır [19]. Destekli, planlanan, proaktif ve nüfus tabanlı hasta yönetimi esas alınan bir bakım uygulamasıdır. Bu uygulamanın her bir maddesinin geliştirilmesi, hasta bakış açısından değerlendirilmesi ve bakıma dâhil edilmesi için birçok ölçek hazırlanmıştır [52].



Şekil 2.1.Kronik bakım modeli [19]

Model hasta ve sağlık ekibi arasındaki ilişkiye dayandırılmıştır. Hastanın hastalık hakkındaki bilgi, beceri ve motivasyonu sağlanarak sağlık ekibi ile iş birliği halinde olması planlanır. Böylece hasta sağlık ekibiyle birlikte eldeki kaynakları kullanarak yüksek kalitede bakım için etkili kararlar verebilecek ve kronik hastalık bakımını etkili olarak ynetebilecektir. Kronik hastalık yönetimi ile hastalar rutin olarak tanınır, aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri sağlanır, öz yönetim için desteklenir. Böylece en uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım kalitesinde iyileşme ve hasta da memnuniyet beklenir [10].

Toplum Kaynakları ve Politikalar

Toplumun sağlığını iyileştirmek için, sağlık kuruluşlarının devlet programları, yerel kurumlar, okullar, işletme ve örgütler ile iş birliği içinde halka ulaşabilmesi esastır. Sağlıklı beslenme ve egzersiz, kilo kontrolü, sigarayı bırakma vb. konular kronik hastalık yönetiminin desteklenmesinde toplum kaynakları ve politikaların kullanılmasına örnek gösterilebilir [53]. Bu kaynakların topluma ulaşması kadar kronik hastalıkları olan bu hastaların sağlık programlarına etkin katılımlarının teşvik edilmesi de büyük önem taşımaktadır [19].

Sağlık Bakım Organizasyonu

Bu madde, planlanmış bakımı destekleyen uygulamaların geliştirilmesi ve organizasyonlar arasındaki rollerin ve koordinasyonun sağlanmasına yöneliktir. Bakımın koordinasyonu için rehberler geliştirmeyi, maliyetin etkin kullanımı ve yönetimini, politika oluşturma ile hizmet planlanması ve yönetimine katkıda bulunmayı, etkin gelişim stratejilerinin desteklenmesini, bakımın kalitesini geliştirmeye dayalı çalışmaların teşvikini içermektedir [19,54].

z-Yönetim Desteği

z yönetim hastanın sağlığını ve var olan hastalığını izleyebilmesi için hazırlanmasını ve güçlendirilmesini ifade eder [13]. Sağlık ekibi ve hasta, problemleri tanımlama, öncelikleri ve hedefleri belirleme, bir tedavi planı oluşturma ve tedavi boyunca sorunları çözmek için iş birliği içinde çalışmalıdır [49]. z-yönetim desteği ile hasta ve ailesine hastalık

yönetiminde güven ve beceri kazandırılmalı, bakımı sürdürmek için kaynak sağlanmalı, karar verme sürecinde desteklenmeli, problemleri tanılama ve baş etmede yardımcı olunmalıdır. Hasta ve ailesi toplum kaynaklarına yönlendirilmeli ve sürecin düzenli olarak takip edilmesi sağlanmalıdır [53]. Kısaca öz bakım desteği ile hasta hastalığına yönelik basit ölçümleri (tansiyon takibi, kan şekeri takibi vb.) temin edilen araçlarla yapabilmekte, diyet, egzersiz ve ilaç kullanımı gibi konuları kendi iradesiyle sürdürebilmekte ve sağlık çalışanları tarafından desteklenmektedir [13].

Sağlık Hizmetleri Sunum Planı

Bu madde de kronik hastalığı olan kişinin sağlık durumunu koruyabilme ön planda tutulmaktadır. Uygulanacak olan bakım standartlarının da geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amaçlanır. Oluşturulan rehberlerin kullanımında engellerin değerlendirilmesi buna göre bu engellerin ortadan kaldırılmasını sağlanması gerekir. Bu rehberler uygulanırken hastanın aktif rolde olması ve hizmete her daim ulaşabilmesi sağlanır. Ayrıca tüm uygulamalarda sağlık bakım ekibinin rollerinin, sorumluluklarının ve işgücünün açık olarak planlanması ve hastaya anlatılması ön planda tutulmalıdır [53]. Tüm bunlar yapılırken hastaların eğitim durumu ve kültürü göz ardı edilmemelidir [13].

Karar Verme Desteği

Sağlık kuruluşlarının ve bakım sağlayıcıların günlük uygulamaya açık, kanıtlanmış, yaratıcı ve kolay erişilir kurallar üzerinden çalışması gereğini vurgulayan alt maddedir. Hasta önceliklerine göre kanıta dayalı güncel bu bilgilerin hasta ile paylaşımı, sistemli kullanımı, uygulamalarda hastaya rehberlik etme ve uzmanların sağlık ekibi içinde yer alması karar verme desteğinin içeriğini oluşturmaktadır [19].

Klinik Bilgi Sistemleri

Bakım verenler ve hastadan gelen bilgilerin bir arada tutulduğu, değerlendirildiği, sağlık ekibi arasında etkin iletişim ve doğru bilgi aktarımının sağlandığı teknolojik sistemlerdir. Tüm sağlık ekibi için hem bir rehber hem de bir iletişim aracıdır. Bu bilgi sistemleri ile hasta gruplarında ek bakım ihtiyacı belirlenirken performans izleme ve kalite iyileştirme çalışmalarında da yardımcı olmaktadır. Hasta hakkında doğru ve güvenilir bilgiye ulaşma

da zamanı kısaltır. Hastanın ekibe dâhil edilmesini kolaylaştırır. Ekibe dâhil olmuş kendine güvenen bir hasta ile kronik hastalık yönetimi kolaylaşmaktadır [13,19,53].

2.3.Kalp Yetmezliğinde Kronik Hastalık Yönetimi ve Hemşirelik Uygulamaları

Kronik hastalıklar, iyileşme ve hastalık süreç döngüsünde ilerleyen kendi kendine tedavisi olmayan ve nadiren tamamıyla iyileşen uzun süreli rahatsızlıklardır. Dünya eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artırmış, paralelinde kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana getirmiştir [49].

Global bir sorun olan kronik hastalıklardan korunma, bu hastalıkların tedavi ve bakımı için multidisipliner bir ekip çalışması gerekir. Bu ekibin vazgeçilmez ve önemli bir parçası olan hemşire, sağlık kurumlarında ya da evde kronik hastalıklı bireyin bakımında aktif rol üstlenir [49,55]. Hemşireliğin tanımında belirtildiği gibi, hasta ya da sağlıklı bireyin hastalık vb. nedenlerle kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları durumlarda, onlar adına bu gereksinimleri karşılama sorumluluğunu hemşirelerin üstlendiği, tüm hemşire kuramcılar tarafından ifade edilmektedir. Uluslararası Hemşireler Birliği 2010 yılında yayınladığı raporunda, hemşirelerin kronik hastalık yönetiminde lider rolde oldukları vurgulanmaktadır. Hemşireler bakım uygulamalarında ön sıralarda yer alarak, bilgiyi ve hasta eğitimini sağlamada; hastalar, bakım vericiler ve toplumla iletişimi kurmada; bakımın devamlılığını sağlamada; bakımın sağlanmasındaki ilerleme için teknolojiyi kullanmada; uzun süreli tedavileri desteklemede; işbirlikçi uygulamayı sağlamada görevlidir [19, 55].

Hemşireler, kronik bakım modelinde yer alan tüm alanlarda etkin roller üstlenmektedir. Kronik hastalıklarda bakım yönetiminde vaka yönetici hemşirenin rolü ön plandadır. Tüm ekip üyeleri ile birlikte hazırladıkları protokol doğrultusunda hasta ve hastalığın durumunu takip etmektedir. Hastanın, hastalığa ve tedaviye uyumlarını artırmak için (düzenli ilaç kullanma, diyet kontrolü gibi); hastaların primer hekim, uzman hekim (ör. endokrinolog veya kardiyolog), diğer tüm ekip üyeleri arasında bağlantıyı sağlar, bakımı koordine eder ve olası sorunların erken fark edilmesine yardımcı olur. Sonuç olarak hastaların aldığı bakımın devamlılığı sağlanır ve bakım kalitesi artar [56].

Temel görevi olan bakım verici rolünde ise hastaların etkin ve nitelikli bakım almasını sağlayarak yatış sürelerinin kısalmasını, iş gücü ve üretim kayıplarının engellenmesini ve ikincil hastalıkların komplikasyonlarının önlenmesini sağlayabilmektedir. Hasta bireyin tıbbi durumu, kendisinin ve ailesinin beklenti ve olanaklarının dikkate alınması, sağlık ekibinin görüşü ve yaklaşımı da dikkate alınarak bakımı planlamak hemşirenin karar verme rolü kapsamındadır. Kronik hastalık yönetiminde hemşirenin bu ve bunun gibi birçok rolü ile hasta ve ekip arasında kilit noktada bulunduğu görülmektedir [57].

Dünya Sağlık Örgütü kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara tüketiminin kontrolü ile kalp ve damar hastalığı görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir. KY' nin yönetiminde hemşire, fiziksel kondüsyon, tıbbi tedavi ve bakımın yanı sıra, hastanın yaşam tarzını da değerlendirerek bireyin, yaşı, mesleği, kişiliği, aile ortamı, motivasyonu, tedavi ve bakımda işbirliği isteğini ve yanıtını göz önünde bulundurur. KY' de bakımın amacı, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak olmalıdır. Bu amaçla farmakolojik tedavi, diyet ve egzersiz gibi temel noktalar önem kazanmaktadır. Hastanın hastane ortamında tedavi ve bakıma yanıtını izlemek, bulguları ekiple değerlendirmek hemşirenin başlıca görevidir. Sonraki aşamada ise, hastanın evde bakıma yönelik görev ve sorumluluklarını belirleme ve izlemine yapmak yer alır [58].

Çizelge 2.5. Kronik bakım modeli ve hemşirelerin görevleri [55]

Öz- yönetim Desteği	Hastalık yönetimi için hastalarla aktif iş birliği içinde olmalı onlara öncülük yapmalıdır Hastalar ve kamu için bilgi ve eğitimin devamlılığını sağlamalıdır Hastaların öz bakımı ve hastalık yönetimlerini kolaylaştırmalıdır Hasta ve bakım verenlerle devamlı iletişim halinde olmalı ve ilişkilerini geliştirmelidir.
Sağlık Hizmetleri Sunum Planı	Hastalıkları tanılama, önleme var olan hastalığı değerlendirme ve takip etme de yol göstermelidir Bakım planlamalı, bakım verenlere işbirliği içinde olmalıdır Yüksek riskli grupların takibini üstelenmelidir Karmaşık ihtiyaçları olan hastalar için daha kapsamlı bakım koordine etmelidir
Karar Verme Desteği	Değerlendirme ve tanılama araçlarının sistematik kullanmalıdır Klinik uygulamaları ve bakım planları kanıta dayalı protokoller ve kurallara dayanmalıdır Ekip içinde uzmanları yer almasına destek olmalı ve önerilerini bakım planlarında kullanmalıdır
Klinik bilgi sistemi	Etkin bir şekilde iletişim kurmalı ve elde ettiği bu bilgileri bakımında uygun şekilde kullanmalı ve ekiple uygun şekilde paylaşmalıdır Yeni teknolojilerden yararlanmalıdır Bakım ve tedaviyi gözlemlemeli ve değerlendirmeli, bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunmalıdır
Toplum Kaynakları ve Politikalar	Toplum kuruluşları ile güçlü bağlar oluşturmalı, iletişim halinde olmalıdır Hastaları etkili programlara katılmaya teşvik etmelidir
Sağlık Bakım Organizasyonu	Planlanmış bakımın stratejik gelişimine destek olmalı, kuruluşlar arası örgütler ve organizasyonlarda uygun liderliklerde bulunmalıdır Bakım koordinasyonları için yeni anlaşmalar geliştirmeli, politika girişimlerini yönetme ve planlama hizmetlerine katkıda bulunmalıdır Kaynak ve maliyeti etkin bir şekilde kullanmalı ve yönetmelidir.

2.4. Hastalık Algısı

2.4.1. Hastalık algısının tanımı

Hastalık durumu, insan için çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir. Kişinin dengesini, uyumunu bozar, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bireysel zorlanmalara neden olur [39]. Hastalık durumu ister geçici ve hafif ister kronik ve ağır olsun, hastalığa karşı tepkiler her zaman ortaya çıkar [59].

Kişiler hastalık durumuyla karşı karşıya kaldıkları zaman kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar ve bu değerler doğrultusunda hastalıklarını yorumlarlar ve sonunda hastalıklarına bir anlam yüklerler [60]. Hastalığa verilen bu anlam, hastanın hastalık algısını ifade eder. Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya semptomla ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır [61]. Hastalığa yüklenen anlam, hangi tedavi yönteminin seçileceğinden kimlerden yardım ve danışmanlık alınacağına kadar birçok durumu etkilemektedir [59].

Hastalıklar çoğu insanda mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit olarak algılanır. Bu durumun normal olduğu ve hastanın hastalıkla aktif mücadele edeceği anlamına gelir. Bu tarz hastalarda baş etme daha gerçekçi ve esnek olma eğilimindedir. Bozulan ya da kaybedilen işlevleri telafi etmek için fiziksel aktivite de değişiklik yapma, konuyla ilgili obsesif bilgi aramadan ziyade tedavi ve işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterir. Hastalık tehdit olarak görüldüğünde ise, sıklıkla anksiyete, korku ve zaman zaman öfke duyguları açığa çıkar [60].

Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki doğru orantılıdır. İçsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişatı daha iyidir. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır. Hastalık algısının önemi bu doğrultuda ortaya çıkmaktadır [61]. Hastalık algısının pozitif yönde değiştirilmesiyle iyilik hali artırılabilir. Hastaların duygusal durumlarla baş edebilmesi hastalığın oluşturduğu strese kurtulabilmesi ve öz bakım yönetimi kolaylıkla

yapabilmesi için hastalık algılarının belirlenmesi ve pozitif yönde geliştirilmesi gerekmektedir [62].

Bireysel sağlık ve hastalık algısı, kültürlerarası ve hatta aynı kültür içinde yaşayan insanlarda bile farklılık göstermektedir. Toplumlari tam olarak anlamak ve kültürel faktörleri iyi bilmek, bu yüzden önem taşımaktadır. Kırsal bir bölgede yapılan çalışma bireylerin hastaneye ya da doktora başvurmadan önce toplumun diğer üyelerinden yardım almak istediklerini ortaya koymuştur. Yine toplumlarda bazı hastalıklar mahrem olarak nitelendirilmekte ve sağlık hizmetine ulaşımı engellemektedir [63]. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanmış deneyimler, baş etme mekanizmaları, kültürel değerler ve hastalığa olan genetik yatkınlık vb. birçok durum kişinin hastalık seyri ve tedavisini böylece etkilemektedir. Hastanın bu özelliklerinin önemine rağmen, hastaların hastalıkları ya da semptomları hakkındaki görüşleri tıbbi görüşmelerde nadiren sorgulanabilmekte ve hastalar, hastalıkları hakkındaki inanışlarını sağlık personelleriyle nadiren paylaşabilmektedir [16].

Kadınların sağlık sorunlarıyla başa çıkma yolları, karşılaştıkları sağlık riskleri ve sağlık hizmetinden yararlanma durumları erkeklerden farklılık gösterir. Dini inançlar ve toplumun kültürel yapısı özellikle geleneksel toplumlarda kadının her koşulda sağlık hizmeti almasına engel olmaktadır. Bu yüzden kadınlar geleneksel uygulamalara yönelmektedir. Kadınlar ya geleneksel uygulamalar yoluyla ya da kendi kendilerine iyileşme yoluyla erken tanıdan uzaklaşır ve erken tedavi şansını kaybederler. Aile içindeki bakıcı rolünü üstelenen kadınlar, kendi sağlık ihtiyaçlarından önce aile bireylerinin sağlık ihtiyaçlarına öncelik vermektedirler. Bu da kadınların birçok sağlık engeliyle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır [39].

Mishel ve Braden (1988) hastalığı değerlendirmek için hastaların yaşadığı belirsizlikleri temel alan 4 aşamadan oluşan bir model geliştirmişlerdir. Birinci aşama da hastanın geçmişine, deneyimlerine odaklanılır. Hastalığın belirtilerini elde edilen sosyal desteği ve hastalıkla ilgili eğitimleri içerir. İkinci aşama da ise hastanın hastalığı nasıl değerlendirdiğine odaklanılır. Hastalığın tehlike mi yoksa kişi için bir fırsat mı olduğu gözlenir. Üçüncü aşama da hastalığı fırsat olarak değerlendiren kişilerin bu tutumu sürdürmesi; tehlike olarak değerlendiren kişilerinse belirsizlikten kurtarılarak baş etme mekanizmalarının kuvvetlendirilmesi amaçlanır. Dördüncü aşama da kişinin baş edebilme

durumuna göre adaptasyon sağlanır. Belirsizliğin ortadan kaldırılmasında bu aşamalar hemşireye yol gösterici olmaktadır [64].

2.4.2.Hastalık algısının bileşenleri

Hastalık algısı yaklaşımına göre kişinin hastalık deneyimi oldukça önemlidir. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için oluşturdukları zihinsel temsiller gibi, hastalarda geçici ya da daha uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili bilişsel modeller geliştirirler [40,60]. Hastalık algısı modeline göre kişiler, hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir: hastalığın kimliği, hastalığın süresi, hastalığın nedenleri, hastalığın sonuçları ve hastalığın tedavi edilebilirliği/kontrol edilebilirliği. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur [18,40,60].

Hastanın kimliği

Hastalar genellikle hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar ve hastalıkları için bir kimlik oluştururlar. Örneğin soğuk algınlığı ya da besin zehirlenmesi gibi sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilinmektedir fakat başka hastalıklar söz konusu olduğunda belirsiz fikirler ortaya çıkabilir. Hastaların, semptomları üzerinden geliştirdikleri temsiller, tedaviyi düzenleyen tıbbi elemanların hastalığa yönelik geliştirmiş oldukları temsillerden çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki olmaksızın semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler. Bu da hastalıkları üzerine bilişsel bir kimlik yerleştirmelerine neden olur [16,18].

Nedensel inanışlar

Hastalar, tanı aldıktan sonra buna neyin neden olduğuna dair çeşitli inanışlar geliştirirler. Hastalıklarının genetik kaynaklı, yeme alışkanlığına ya da strese dayalı geliştiğini düşünebilirler. Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede önemli bir yere sahiptirler. Aynı zamanda kişinin hastalığını kontrol altında tutabilmesi açısından farkındalık kazanmasında, hastalığın neden sonuç ilişkisini kavrayıp tedavi programını sürdürmesi açısından oldukça önemlidir [18,65].

Zamansal inanışlar

Hastalığın akut ya da kronik oluşu sürekli bir döngü içinde bulunması hastalık hakkındaki zamansal inanışı etkilemektedir. Özellikle ilaç alımı ile zamansal inanışlar önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler [18].

Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar

Hastalığın kontrolü ve tedavi süreci zamansal ve nedensel ilişkilerle doğrudan bağlantılıdır. Genellikle kontrol inanışı hastanın kişisel kontrole ne kadar hassas olduğuna ve tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğine bağlıdır. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir [16,65].

Sonuçlar

Hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algılarından oluşan bu bileşen, hastanın yaşam tarzında, iş ve aile yaşantısında ve de ekonomik alanda yaşayabileceği değişiklikler üzerinde etkilidir [18].

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar [18,61]. Hastalığı mücadele edilmesi gereken bir durum olarak nitelendiren hastaların tedavi sürecine daha uyumlu davrandığı düşünülmektedir. Hastalığı tehdit olarak algılayan bireylerde ise korku, anksiyete ve öfke hâkim olabilmektedir [60]. Hastalığın kazanç ya da fırsat olarak algılayan hastalar hastalığı sorumluluklarından uzaklaşma, dinlenme süresi olarak algılamaktadır. Bu tür hastalarda tedaviye uyumsuzluk veya hasta rolünü sürdürme gözlenebilir. Hastalığı kayıp olarak algılayan birey ise hastalığı sağlığın, düzenin, bağımsızlığın, yaşamın kaybı ve yeti yitimi olarak algılar. Bu bireylerde içe çekilme, sosyal izolasyon, yas, depresyon gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir [18].

Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin algısı, yorumu ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişmesini, yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur [18,61].

2.5. Kalp Yetmezliğinde Hastalık Algısı ve Hemşirelik Uygulamaları

Sağlık davranışlarını etkileyen etmenlerden birisi hastanın hastalığını nasıl algıladığıdır. Hemşireler bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen durumları anladığı zaman hasta gereksinimlerini karşılamada daha başarılı olurlar. Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin hastalık algısının bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemesini sağlamaktır [40].

Kliniklerde hastaların hastalık algıları nadiren belirlenmektedir. Hastalık algısı ve bileşenleri ile hastaların tıbbi önerilere bağlılığı, işlevsel uyumu, duygu durumu, sorunlarla başa çıkabilme yeteneği arasında anlamlı bir ilişki vardır. Negatif hastalık algısı geliştiren hastalarda hiçbir patolojik durum olmamasına rağmen hastaların negatif duygu sergiledikleri bilinmektedir. Genetik risk faktörüne sahip hastalarda, durumları hakkındaki inanışlarından dolayı risk durumlarının anlaşılması ve azaltılmasında sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden hastalık algısını pozitif yönlendirme hastalığa uyum ve tedaviye yanıtta önemli rol oynamaktadır [32].

Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısına bakıldığında hastalıklarının en çok yaşlanma, kötü kader, genetik, stres ya da endişelerden dolayı oluştuğuna inanmaktadırlar. Hastalıklarının ilk aylarında tedavi uyumunun daha iyi iken kronik seyrinde tedaviye uyumda zorlandıkları görülmektedir [66]. Yine benzer şekilde yatan hastalarda tedaviye bağlı yan etkiler daha çok görülürken, poliklinik hastalarının tedavi yan etkilerini daha az hissettikleri görülmüştür. Hastalığa atfedilen kimliğin yan etki görülme olasılığı üzerinde etkisi yüksektir. Uzun süre hastalığa sahip olan ve/veya genetik yatkınlığı olan hastalarda ilaçların yan etkileri ile hastalık belirtilerini ayırmakta zorlandıkları bilinmektedir [67].

Kronik bir hastalık olan KY' de uzayan hastalık süresine bağlı olarak yitirilen kontrol kaybı hastalarda anksiyete ve depresyon görülme oranını artırmaktadır. Bu süreçteki hasta bakım yetersizliği ve tedaviye uyumsuzluk artmaktadır. Hastalar bu kısır döngü içinde hastalıklarıyla mücadele etmektedir. Hastalık algısı yüksek KY hastalarının bu duygusal süreçten daha hafif geçtiği ve hastalık üzerindeki kontrolü daha iyi sağlayabildiği bilinen bir gerçektir. Hastalık ve tedavinin seyri için hastalık algısının yükseltilmesi oldukça önemlidir [66].

Hemşirelik, gerçek veya olası sağlık problemlerine karşı kişinin tepkilerinin tanımlanması ve tedavi edilmesidir. Bu tanıma göre hemşireliğin hasta tepkisini anlaması ön plandadır. Tedaviye katkı bunu takip eden süreç içinde gelmektedir. Hastalık algısı belirlenen hasta da olumlu tepkileri belirleyerek, olumsuz tepkiler ve yanlış anlamalar düzeltilebilmektedir. Hemşire hasta ve ailenin algılarını değerlendirerek endişeleri belirleyebilir. Endişelerine odaklanarak etkili psikolojik danışmanlık sağlayabilir ve olumlu algıları geliştirebilir. Bu hususta hastalığın seyri ve hastanın hastalığa uyumu açısından hemşirenin rolü oldukça büyüktür [39].

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma, kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı ile aldıkları bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma hastanesi kardiyoloji kliniğinde yapılmıştır. Bu kliniğe kalp yetmezliği, akut koroner sendrom, miyokart enfarktüsü vb. tanıli hastalar yatırılmaktadır. Kardiyoloji kliniği iki servisten oluşmaktadır. Klinikte gündüz ortalama 6 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinde hastaların tekrarlı yatışları nedeniyle saptanamamıştır. Araştırmanın örneklemi saptamak amacıyla Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinden rastgele seçilen 10 hasta üzerinde pilot çalışma uygulanmış, G power 3.1 programı ile güç analizi testi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde testin gücü 0.80, yanılma payı 0,05 alınarak, çalışmanın örneklemini en az 82 hasta olarak belirlenmiştir. Araştırmanın sınırlılıkları kapsamında elenecek hasta sayısı da göz önünde bulundurularak örneklem sayısı olarak 100 hastaya ulaşım planlanmıştır. Planlanan örneklem sayısına ulaşıldığında çalışma sonlandırılmıştır.

3.4. Çalışma Grubunun Seçimi

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinden taburculuğu planlanan, bilişsel işlevleri etkileyecek rahatsızlık veya hastalığı olmayan, on sekiz yaş üstü kalp yetmezliği bulunan gönüllü hastalar alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Anket Formu (Bkz. Ek-4), Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (Bkz. Ek-5) ve Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği (PACIC: Patient Assessment of Care for Chronic Conditions) (Bkz. Ek-6) kullanılarak toplanmıştır.

Anket Formu

Anket formu, araştırmacı tarafından geliştirilen kalp yetmezliği hastalarının bazı sosyo-demografik özellik ve hastalık durumlarıyla ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik 39 sorudan oluşmaktadır. Hastaların, yaş, cinsiyet eğitim, medeni durumu, çocuk sayısı, sosyal güvencesi gibi demografik özellikler ile hastalığın süresi, başka bir kronik hastalığı sahip olma, ilaç kullanma, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi ve bilgi edinme kaynağı gibi soruları içeren hastalık ve tedavi ile ilgili sorular yer almaktadır.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalık Algısı Ölçeği 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiştir. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2007 yılında Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Üç bölümün de iç tutarlılık alfa katsayılarının sırasıyla 0,89, 0,69-0,77, 0,25-0,72 olduğu, madde-toplam istatistiklerinin anlamlı düzeyde korele olduğu bulunmuştur [68]. Çalışmamızın hastalık algısı ölçeği tutarlılık alfa katsayısı ise 0,78 bulunmuştur.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye, önce ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır olarak yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur [60].

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: 38 maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir [63].

Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırmakta ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanmaktadır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmaktadır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmaktadır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırmaktadır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır [63].

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör. Stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör. Kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. Mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (ör. Kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan alınmayıp, her alt boyut ortalama puanı üzerinden değerlendirilmektedir [64].

Kimlik, sonuçlar, süre ve döngüsel boyutlardaki yüksek puanlar, hastalığın kronikliğine, hastalığın olumsuz sonuçlarına ve durumun periyodik doğasına atfedilen semptomların sayısına karşı güçlü bir şekilde tutulan inançları temsil eder. Kişisel kontrol, tedavi kontrol ve tutarlık boyutundaki yüksek puanlar da hastalığın kontrol edilebilirliğini ve durumun kişisel anlayışı hakkındaki inançları temsil eder [69].

Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği (PACIC: Patient Assessment of Care for Chronic Conditions)

Ölçek, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından İngilizce geliştirilmiş, İncirkuş ve Nahcivan tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2010 yılında yapılmış, ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,85, cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur [10]. Çalışmamızın kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği iç tutarlılık alfa katsayısı ise 0,93 olarak hesaplanmıştır.

Kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, uygulanması kolay, 20 maddelik kısa bir ölçektir. Aynı zamanda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi verdiği de ileri sürülmektedir [10].

Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan PACIC, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar;

(1) hasta katılımı, (2) karar verme desteği, (3) amaç belirleme/rehberlik, (4) problem çözme, (5) izlem/koordinasyondur. Ölçeğin çeşitli dillerde diyabet, artrit, astım, hipertansiyon, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu saptanmıştır. Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde 5’li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir [45].

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama formları, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinde yatan ve taburculuğu planlanan kalp yetmezliği hastalarına Kasım 2014- Şubat 2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Uygulama, hastaların kaldıkları oda da uygun zaman

aralıklarında yapılmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, sosyal bilimler için istatistik paketi (SPSS: Statistical Package for the Social Sciences) 22,0 programı kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, hastalarla ve hastalık ile ilgili tanıtıcı özellikler oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenleri, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği (PACIC) verileri oluşturmaktadır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk analizi ile test edilmiştir. Normallik testi sonucunda, gruplar arasında ölçek puan ortalamaları arasındaki farklılık incelenirken, ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ikili gruplarda ise studentst testi, üç ve üzeri gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA: Analysis of variance) yapılmıştır. ANOVA testi sonuçlarına göre anlamlı çıkan sonuçlarda, bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için bonferroni düzeltmesi ile post-hoc analizi yapılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Spearman Rho korelasyon testi uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinde yatan ve taburculuğu planlanan hastalar ile sınırlıdır. Araştırmaya 18 yaşından büyük, iletişim kurulabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan KY tanısı konulmuş bireyler alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (Bkz. Ek-1) ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Bkz.Ek-2) yazılı izin belgesi alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan hastalara uygulama öncesi çalışmanın amacı açıklanmış ve hastalardan sözlü, yazılı onam (Bkz. Ek-3) alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan KY'li hastaların tanıtıcı, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri, Hastalık Algısı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarına yönelik bulgular bulunmaktadır.

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=100)

	n	(%)
Cinsiyet		
Kadın	35	35,0
Erkek	65	65,0
Yaş		
50 yaş ve altı	25	25,0
50-59 yaş	26	26,0
60 yaş ve üzeri	49	49,0
Medeni Durumu		
Evli	78	78,0
Bekâr	22	22,0
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	17	17,0
İlkokul mezunu	49	49,0
Ortaokul mezunu	12	12,0
Lise mezunu	14	14,0
Üniversite mezunu	8	8,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	16	16,0
Çalışmıyor	84	84,0
Ekonomik durumu		
İyi	7	7,0
Orta	88	88,0
Kötü	5	5,0
Yaşam alanı		
Kırsal	19	19,0
Kent	81	81,0
Birlikte yaşanan kişiler		
Yalnız	14	14,0
Eş	30	30,0
Eş ve çocuklar	41	41,0
Diğer aile üyeleri*	15	15,0
Sağlık hizmetine kolay ulaşma durumu		
Ulaşan	91	91,0
Ulaşamayan	9	9,0

*Eş ve çocuklarla birlikte diğer aile üyelerinin varlığı

Çizelge 4.1’de hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %65’i erkektir. Hastaların %49’unun 60 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Hastaların %78’i evli, %41’i eşi ve çocuklarıyla, %30’u ise sadece eşiyle birlikte yaşamaktadır. Hastaların eğitim durumuna bakıldığında, %49’u ilkokul mezunu, %8’i üniversite mezunudur. Hastaların %16’sı çalışmakta, %88’i ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu belirtmektedir. %19’u kırsal alanda yaşamakta, sadece %9 hasta sağlık hizmetine ulaşmakta zorlandığını ifade etmektedir.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalık özellikleri (n=100)

	n	%
NYHA*		
Sınıf 1	32	32,0
Sınıf 2	30	30,0
Sınıf 3	20	20,0
Sınıf 4	18	18,0
KY hastalığının süresi (ay)		
1-24 Ay	32	32,0
25-48 Ay	16	16,0
49-72 Ay	11	11,0
72 Ay ve Üzeri	41	41,0
KY dışında kronik hastalık varlığı		
Var	68	68,0
Yok	32	32,0
KY ile hastaneye yatma durumu		
Yatan	82	82,0
Yatmayan	18	18,0
KY nedeniyle fiziksel sorun yaşama durumu		
Yaşayan	92	92,0
Yaşamayan	8	8,0
KY nedeniyle psikososyal sorun yaşama durumu		
Yaşayan	12	12,0
Yaşamayan	88	88,0
KY nedeniyle sürekli ilaç kullanma durumu		
Kullanan	93	93,0
Kullanmayan	7	7,0
KY nedeniyle yaşamı olumsuz etkilenme durumu**		
Etkilenen	79	79,0
Etkilenmeyen	21	21,0

*NYHA: New York Kalp Birliği sınıflandırması **Aile ve iş yaşamı

Çizelge 4.2.(devam) Hastaların hastalık özellikleri (n=100)

	n	%
Hastalığına yönelik bilgi alma durumu		
Alan	86	86,0
Almayan	14	14,0
Bilgi düzeyini yeterli bulma durumu		
Bulan	24	24,0
Bulmayan	76	76,0
Bilgi alınan kaynaklar*		
Doktor	83	83,0
Hemşire	42	42,0
İnternet	7	7,0
Arkadaş, Komşu	6	6,0
Kitap, Gazete	3	3,0

*n katlanmıştır.

Çizelge 4.2’de hastaların hastalığa ilişkin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Çizelge incelendiğinde, hastaların %41’i 72 ay ve üzeri süredir KY hastalığına sahiptir. Hastaların %32’si NYHA sınıf 1 hastasıdır. Hastaların, %68’nin KY dışında başka bir hastalığı vardır. %93’ü KY’ye yönelik ilaç kullanmaktadır. KY’ye bağlı olarak hastaların %82’si daha önce hastaneye yatmıştır. Hastaların %79’unun hastalığa bağlı aile ve iş hayatı olumsuz yönde etkilenmiştir, %92’si fiziksel, %12’si ise psikososyal sorun yaşamaktadır. KY hastalığına yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında, hastaların % 86’sı bilgi aldığını ifade etmiştir. Sadece %24’ü aldıkları bilginin yeterli olduğuna inanmaktadır. Hastaların %83’ü doktordan, %42 ‘si hemşireden bilgi aldığını ifade etmiştir.

Çizelge 4.3. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları (n:100)	$\bar{x} \pm Ss$
Hastalık Tipi Boyutu (Kimlik) (0-14*)	7,1 $\pm$ 5,0
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu	
Süre (Akut/Kronik) (6-30*)	20,8 $\pm$ 5,7
Sonuçlar (6-30*)	21,1 $\pm$ 5,2
Kişisel Kontrol (12-30*)	20,1 $\pm$ 3,5
Tedavi Kontrol (9-25*)	17,2 $\pm$ 3,4
Hastalığı Anlayabilme (5-25*)	15,5 $\pm$ 5,6
Süre (Döngüsel) (4-20*)	14,1 $\pm$ 3,8
Duygusal Temsiller (6-30*)	21,7 $\pm$ 8,0
Hastalık Nedenleri Boyutu	
Psikolojik Atıflar (6-30*)	11,6 $\pm$ 4,4
Risk Etkenleri (7-31*)	15,6 $\pm$ 5,6
Bağışıklık (3-12*)	4,5 $\pm$ 2,1
Kaza veya Şans (2-8*)	4,8 $\pm$ 1,5

*Boyutlardan alınabilecek en düşük ve en yüksek değerleri göstermektedir.

Çizelge 4.3’de KY hastalarına uygulanan hastalık algısı ölçeği sonucu elde edilen puanların ortalaması ve standart sapması incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan tüm KY hastalarının hastalık tipi (kimlik) boyutunun puan ortalaması 7,1 $\pm$ 5,0’dır. KY hastalarının hastalık hakkında görüşleri ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalaması incelendiğinde; süre (akut/kronik) alt boyutunun 20,8 $\pm$ 5,7, sonuçlar alt boyutunun 21,1 $\pm$ 5,2, duygusal temsiller alt boyutunun 21,7 $\pm$ 8,0 olduğu saptanmıştır. KY hastalarına uygulanan hastalık algısı alt ölçeği hastalık nedenleri ölçeğinin alt boyut ortalama ve standart sapma istatistikleri incelendiğinde; psikolojik atıf alt boyut ölçeğinin 11,6 $\pm$ 4,4, risk etkenleri ölçeğinin 15,6 $\pm$ 5,6 değerlere sahip olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Hastaların cinsiyet ve yaş durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

CİNSİYET		Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Kimlik	Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans
Ortalama Değerler $\bar{X} \pm Ss$	Kadın (n:35)	7,7 $\pm$ 5,3	20,6 $\pm$ 5,3	22,6 $\pm$ 4,4	19,6 $\pm$ 3,5	16,6 $\pm$ 3,4	14,9 $\pm$ 5,5	14,4 $\pm$ 3,5	14,4 $\pm$ 7,0	13,0 $\pm$ 5,5	15,6 $\pm$ 5,8	4,7 $\pm$ 2,0	5,0 $\pm$ 1,5
	Erkek (n:65)	6,7 $\pm$ 4,8	20,9 $\pm$ 6,0	20,4 $\pm$ 5,4	20,4 $\pm$ 3,6	17,6 $\pm$ 3,3	15,8 $\pm$ 5,7	13,9 $\pm$ 3,9	13,9 $\pm$ 8,3	10,9 $\pm$ 3,4	15,6 $\pm$ 5,5	4,4 $\pm$ 2,1	4,7 $\pm$ 1,6
	p	0,292	0,689	0,056	0,328	0,154	0,540	0,712	0,119	0,082	0,951	0,272	0,344
	YAŞ												
	50 yaş ve altı (n:25)	7,2 $\pm$ 5,3	19,7 $\pm$ 6,9	22,1 $\pm$ 5,6	21,1 $\pm$ 3,7	18,2 $\pm$ 3,7	17,1 $\pm$ 6,3	14,1 $\pm$ 4,4	21,2 $\pm$ 9,2	10,9 $\pm$ 4,8	13,6 $\pm$ 5,5	5,0 $\pm$ 2,4	4,5 $\pm$ 1,7
	50-59 yaş (n:26)	6,8 $\pm$ 5,1	20,1 $\pm$ 5,9	21,9 $\pm$ 5,1	20,6 $\pm$ 4,0	17,4 $\pm$ 3,3	13,8 $\pm$ 5,5	14,0 $\pm$ 3,1	23,8 $\pm$ 6,4	13,5 $\pm$ 4,5	19,1 $\pm$ 4,4	4,3 $\pm$ 2,2	5,1 $\pm$ 1,4
	60 yaş ve üzeri (n:49)	7,1 $\pm$ 4,9	21,7 $\pm$ 4,9	20,2 $\pm$ 5,0	19,4 $\pm$ 3,1	16,7 $\pm$ 3,2	15,6 $\pm$ 5,0	14,2 $\pm$ 3,9	20,8 $\pm$ 8,0	11,0 $\pm$ 3,9	14,8 $\pm$ 5,5	4,3 $\pm$ 1,8	4,8 $\pm$ 1,5
	p	0,922	0,328	0,192	0,264	0,359	0,089	0,923	0,306	0,031	<0,001	0,393	0,689

Çizelge 4.4’de hastaların, cinsiyet ve yaşa göre hastalık algısı ölçeği ortalama puanları verilmiştir. Hastaların cinsiyeti ile hastalık algısı tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$)

Yaşa göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından psikolojik atıflar $13,5\pm4,5$ ve risk etkenleri $19,1\pm4,4$ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). 50-59 yaş grubundaki hastaların psikolojik atıflar alt boyutu puan ortalamalarının, 60 yaş ve üzeri hastalarınkinden anlamlı olarak yüksek bulunmuş, 60 yaş ve üzeri yaştaki hastalara fark oluşturmuştur ($p<0,05$). Risk etkenleri alt boyutunda ise 50-59 yaş grubunun 50 yaş ve altı, 60 yaş ve üstündeki gruplara fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşa göre hastalık algısı ölçeğinin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.5. Hastaların eğitim durumu ve medeni durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

		Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Kimlik	Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans
Ortalama Değerler $\bar{X} \pm Ss$	EĞİTİM DURUMU												
	Okuryazar değil(n:17)	8,8±5,7	21,5±5,0	23,2±3,8	18,0±2,1	15,4±2,0	13,7±5,7	15,6±3,2	24,1±7,1	13,0±2,7	17,0±4,9	4,7±1,7	5,1±1,3
	İlkokul mezunu(n:49)	6,4±5,0	20,7±4,6	20,7±5,0	19,8±2,9	16,7±2,8	15,2±5,5	13,9±3,3	22,2±7,1	11,8±4,9	16,4±5,2	4,2±1,7	4,9±1,4
	Ortaokul mezunu(n:12)	7,1±4,6	22,0±6,7	20,7±5,8	19,7±3,7	17,5±3,4	15,1±5,0	13,0±2,8	21,4±8,7	11,2±4,2	14,7±4,5	5,0±2,2	4,5±1,7
	Lise mezunu(n:14)	8,0±4,2	20,3±9,3	22,2±6,3	24,0±4,4	20,2±4,2	18,0±5,4	15,2±4,0	18,1±10,0	10,5±3,9	14,6±8,1	4,3±3,0	3,8±1,8
	Üniversite mezunu(n:8)	5,6±4,8	19,1±5,8	17,7±5,4	20,1±3,1	19,2±3,8	18,1±6,4	11,3±6,6	20,6±9,8	8,6±1,7	11,2±5,0	4,3±2,0	5,1±1,4
	P	0,555	0,474	0,207	0,001	0,009	0,301	0,152	0,592	0,164	0,179	0,179	0,133
	MEDENİ DURUM												
	Evli (n:78)	7,1±4,9	21,0±5,5	21,1±5,1	19,9±3,4	17,0±3,3	15,3±5,7	13,7±3,9	22,3±7,9	12,0±4,5	15,9±5,6	4,6±2,2	4,9±1,5
	Bekâr (n:22)	7,0±5,3	19,9±6,5	21,1±5,5	20,9±4,1	18,0±3,6	16,3±5,0	15,3±3,2	19,6±8,1	10,1±3,7	14,7±5,8	3,9±1,4	4,5±1,7
	P	0,997	0,845	0,748	0,302	0,117	0,406	0,116	0,121	0,054	0,281	0,221	0,583

Çizelge 4.5’de hastaların eğitim durumuna göre hastalık algısı ölçeği ortalama puanları verilmiştir. Hastalık algısının alt boyutları ile eğitim durumları arasında, kişisel kontrol ve tedavi kontrol alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Lise mezunu hastaların kişisel kontrol alt boyut ortalaması $24,0\pm4,4$ olup, diğer tüm eğitim grubundaki hastaların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş ve tüm bu gruplara fark oluşturmuştur ($p<0,05$). Tedavi kontrol alt boyutunda lise mezunu hastaların ortalaması $20,2\pm4,2$ olup, okur/yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan iki gruba anlamlı fark oluşturmuştur ($p<0,05$).

Medeni duruma göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Hastaların kalp yetmezliği hastalığının süresi ve kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfına göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

		Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Kimlik	Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller	Psikolojik Anflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans
Ortalama Değerler $\bar{X} \pm Ss$	KY HASTALIĞININ SÜRESİ (AY)												
	1-24 ay (n:32)	8,0±4,4	19,7±5,2	22,0±4,3	20,6±3,8	17,0±3,4	15,3±5,2	14,3±3,5	21,6±8,3	12,6±5,9	17,0±6,2	5,0±2,6	4,9±1,5
	25-48 ay (n:16)	6,6±5,1	21,1±4,2	18,7±4,7	20,0±3,2	16,4±2,8	15,1±6,1	13,7±2,7	24,0±6,6	12,0±3,3	17,2±4,6	4,3±1,8	5,0±1,6
	49-72 ay (n:11)	7,8±5,3	18,9±7,8	22,9±5,5	21,0±4,2	19,4±4,4	15,0±5,8	12,0±2,8	21,8±10,4	12,0±3,8	15,0±5,5	4,9±2,0	5,0±1,4
	72 ay ve üzeri (n:41)	6,3±5,3	22,0±5,9	21,0±5,7	19,5±3,3	17,2±3,2	16,0±5,8	14,6±4,5	20,8±7,5	10,7±3,3	14,1±5,3	4,1±1,6	4,6±1,6
	P	0,488	0,346	0,107	0,412	0,205	0,921	0,082	0,366	0,456	0,097	0,481	0,774
	KALP YETMEZLİĞİ FONKSİYONEL SINIFI												
	Sınıf 1 (n:32)	4,1±4,4	20,1±6,4	18,0±5,8	20,3±3,7	18,0±3,8	17,7±5,0	12,1±4,1	17,2±8,1	10,6±4,9	14,3±6,0	4,4±2,0	4,2±1,8
	Sınıf 2 (n:30)	7,4±4,7	20,8±4,6	20,7±3,9	20,5±3,7	17,2±3,4	15,6±4,5	14,1±3,6	21,8±7,0	11,5±4,9	15,9±5,3	4,9±2,4	5,0±1,5
	Sınıf 3 (n:20)	8,0±4,8	18,8±5,9	23,9±4,3	20,6±3,9	17,3±3,4	15,0±6,7	15,4±3,0	27,1±4,0	12,5±3,3	17,8±5,1	4,6±2,0	5,4±0,94
	Sınıf 4 (n:18)	10,7±3,7	24,2±5,1	24,3±3,3	18,6±2,4	16,0±2,0	12,0±5,3	16,1±2,8	23,5±8,5	12,6±3,4	15,1±5,7	3,8±1,6	4,9±1,6
	P	<0,001	0,044	<0,001	0,310	0,282	0,011	0,002	<0,001	0,366	0,214	0,431	0,035

Çizelge 4.6’da hastaların KY hastalığının süresi ve kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı ile hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları verilmiştir. Hastalık algısı alt boyutları ile KY süre arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kalp yetmezliği fonksiyonel sınıflamasına göre (NYHA) hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında kişisel kontrol, tedavi kontrol, risk etkenleri ve bağışıklık alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). NYHA göre hastalık algısı diğer tüm alt boyutlar arasında ise anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kimlik alt boyutunda NYHA sınıf 2,3,4’ün; sınıf 1’e göre anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Süre (akut/kronik) alt boyutunda ise NYHA sınıf 4’ün, sınıf 3’e göre anlamlı fark oluşturduğu; sonuçlar, süre (döngüsel), duyuşsal temsiller boyutunda ise NYHA sınıf 3 ve 4’ün, NYHA sınıf 1’e göre anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalığı anlayabilme alt boyutunda ise NYHA sınıf 1’in puan ortalaması NYHA sınıf 4’ünkünden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş ve sınıf 4’e anlamlı fark oluşturmuştur ($p<0,05$). Kaza veya şans alt boyutunda NYHA sınıf 3’ün puan ortalaması, sınıf 1’in puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı yüksek olup sınıf 1’e anlamlı fark oluşturmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.7. Hastaların kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalığın var olma durumu ve hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

		Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Kimlik	Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans
Ortalama Değerler $\bar{X} \pm Ss$	Var (n:68)	7,0 $\pm$ 5,2	21,6 $\pm$ 4,9	21,2 $\pm$ 4,9	19,5 $\pm$ 3,1	16,5 $\pm$ 2,9	15,0 $\pm$ 5,0	14,3 $\pm$ 3,7	22,3 $\pm$ 7,3	11,8 $\pm$ 4,2	16,4 $\pm$ 5,7	4,4 $\pm$ 2,0	4,8 $\pm$ 1,6
	Yok (n:32)	7,1 $\pm$ 4,6	19,0 $\pm$ 6,9	21,0 $\pm$ 5,9	21,4 $\pm$ 4,2	18,8 $\pm$ 3,8	16,6 $\pm$ 6,6	13,5 $\pm$ 4,0	20,5 $\pm$ 9,2	11,3 $\pm$ 4,8	14,0 $\pm$ 5,1	4,6 $\pm$ 2,3	4,8 $\pm$ 1,5
	P	0,870	0,098	0,781	0,880	0,006	0,125	0,384	0,536	0,546	0,043	0,942	0,975
	HASTALIK HAKKINDA BİLGİ ALMA DURUMU												
	Bilgi Alan (n:86)	7,1 $\pm$ 4,9	21,2 $\pm$ 5,6	21,2 $\pm$ 5,2	19,9 $\pm$ 3,4	17,1 $\pm$ 3,3	15,4 $\pm$ 5,6	14,0 $\pm$ 3,8	22,0 $\pm$ 7,6	11,5 $\pm$ 4,4	15,6 $\pm$ 5,4	4,5 $\pm$ 2,0	4,9 $\pm$ 1,5
	Bilgi Almayan (n: 14)	7,0 $\pm$ 5,6	18,4 $\pm$ 6,3	20,7 $\pm$ 5,1	21,2 $\pm$ 4,1	18,0 $\pm$ 3,8	16,0 $\pm$ 5,6	14,9 $\pm$ 3,7	19,5 $\pm$ 10,0	12,2 $\pm$ 4,3	15,7 $\pm$ 6,7	4,7 $\pm$ 2,3	4,3 $\pm$ 2,0
	P	0,968	0,173	0,901	0,311	0,465	0,865	0,472	0,536	0,566	0,992	0,957	0,234

*Diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), böbrek yetmezliği

Bu çizelgede KY hastalarında diğer kronik hastalıkların var olma durumu ve hastalık algısı arasındaki ortalama puanlar verilmiştir. Çalışmamızda tedavi kontrol alt boyutunda, başka kronik hastalığın olmayanların puan ortalaması $18,8 \pm 3,8$, başka kronik hastalığın olanların ise $16,5 \pm 2,9$ olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). HAÖ nedensel alt boyutun risk etkenleri grubunda ise başka kronik hastalığı olanların puan ortalamaları $16,4 \pm 5,7$, olmayanların ise $14,0 \pm 5,1$ olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 4.7.'de hastaların hastalık hakkında bilgi alma durumlarına göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları da verilmiştir. Bilgi alma durumu ile hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.8. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları

Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği			
Sosyo-demografik özellikler	n	$\bar{X} \pm Ss$	p
Cinsiyet			
Kadın	35	63,1±19,4	0,212
Erkek	65	68,3±19,0	
Yaş			
50 yaş ve altı	25	66,6±23,0	0,459
50-59	26	62,7±16,5	
60 yaş ve üzeri	49	68,5±18,4	
Medeni Durum			
Evli	78	67,4±19,0	0,370
Bekâr	22	63,2±20,0	
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	17	60,5±15,0	0,132
İlkokul mezunu	49	66,9±20,4	
Ortaokul mezunu	12	65,0±12,9	
Lise mezunu	14	64,9±22,3	
Üniversite mezunu	8	83,3±16,8	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	16	69,6±16,6	0,487
Çalışmıyor	84	65,9±19,7	
Yaşam alanı			
Kırsal	19	65,6±13,9	0,820
Kent	81	66,7±20,3	
Birlikte yaşanılan kişiler			
Yalnız	14	74,3±14,7	0,101
Eş	30	69,8±18,6	
Eş ve çocuklar	41	64,2±19,8	
Diğer aile üyeleri	15	58,8±20,1	
Hastalık özellikleri			
NYHA			
Sınıf 1	32	67,0±20,6	0,798
Sınıf 2	30	64,4±21,4	
Sınıf 3	20	69,9±16,3	
Sınıf 4	18	65,4±16,4	
KY hastalığının süresi (ay)			
1-24 ay	32	61,6±21,1	0,204
25-48 ay	16	63,2±16,2	
49-72 ay	11	69,9±19,4	
72 ay ve üzeri	41	70,7±18,1	
KY dışında kronik hastalığın var olma durumu			
Var	68	65,1±17,5	0,298
Yok	32	69,4±22,4	
KY nedeniyle yaşamın olumsuz etkilenme durumu			
Etkilenen	79	64,9±18,5	0,106
Etkilenmeyen	21	72,5±20,9	
Hastalığına yönelik bilgi alma durumu			
Alan	86	68,4±18,9	0,011
Almayan	14	54,5±16,8	

Çizelge 4.8’de hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre kronik hastalıklarda bakım ölçeğinin ortalama puanlaması verilmiştir. Çizelgeye göre sosyodemografik özellikler ile PACIC arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalık hakkında bilgi alan hastaların puan ortalaması $68,4 \pm 18,9$, almayan hastaların puan ortalamasına göre $54,5 \pm 16,8$ yüksek bulunmuştur ve PACIC ile arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.9. Kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin madde puan ortalamaları

Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçekler		$\bar{x} \pm Ss$
Hasta Katılımı (3-15*)		11,0 $\pm$ 3,6
Karar Verme (3-15*)		11,2 $\pm$ 3,3
Amaç Belirleme (5-25*)		15,5 $\pm$ 5,3
Problem Çözme (5-25*)		15,1 $\pm$ 5,2
İzlem/Koordinasyon (4-20*)		13,5 $\pm$ 4,0
Toplam Ölçek Puanı (20-100*)		66,5 $\pm$ 19,2

*Boyutlardan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları göstermektedir.

Çizelge 4.9.’da çalışma kapsamındaki katılımcıların kronik hastalık bakım ölçeği puan ortalaması $66,5 \pm 19,2$ olarak bulunmuştur. Alt ölçek madde puan ortalamaları incelendiğinde ölçek puanları; hasta katılımı için $11,0 \pm 3,6$, karar verme $11,2 \pm 3,3$, amaç belirleme $15,5 \pm 5,3$, problem çözme $15,1 \pm 5,2$, izlem/koordinasyon $13,5 \pm 4,0$ şeklindedir.

Çizelge 4.10. Hastalık algısı ölçeği alt boyutları ve kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puanlamaları arasındaki ilişki

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	
	r	p
Hastalık Tipi (Kimlik)	0,026	0,798
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu		
Süre (Akut/Kronik)	0,122	0,225
Sonuçlar	0,060	0,556
Kişisel Kontrol	0,087	0,392
Tedavi Kontrol	0,242	0,015
Hastalığı Anlayabilme	0,230	0,021
Süre (Döngüsel)	0,118	0,243
Duygusal Temsiller	0,006	0,950
Hastalık Nedenleri Boyutu		
Psikolojik Atıflar	-0,195	0,052
Risk Etkenleri	-0,175	0,081
Bağıışıklık	-0,123	0,221
Kaza veya Şans	0,015	0,884

Çizelge 4.10’nda hastalık algısı ölçeği alt boyutları ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Çizelgeye göre tedavi kontrol alt boyutu puan ortalaması ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde, zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0,05$, $r=0,242$). Hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalaması kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde, anlamlı, zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=0,230$). Hastalık algısı ölçeğinin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi üzere yapılan araştırma verilerinin sonuçları tartışılmıştır.

5.1. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Farklı toplumlarda hastalığa atfedilen anlamın ve algının değişiklik gösterdiği, hastaların sosyodemografik, kültürel ve hastalık özelliklerinin hastaların algısında belirleyici olduğu belirtilmektedir [63].

Çalışmamızda hastaların yaşa göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından psikolojik atıflar ve risk etmenleri alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Psikolojik atıflar alt boyutunda 50-59 yaş aralığındaki hastaların 60 yaş ve üzeri hastalara göre anlamlı fark oluştururken; risk etmenleri alt boyutunda 50-59 yaş aralığındaki hastaların 50 yaş altı ve 60 yaş üzeri hastalara göre anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. Bu farkın farklı toplumlarda ve/veya farklı yaşlarda hastalıkların görülme sıklığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kepenek B. (2014) sirozlu hastaların hastalık algıları üzerine yaptığı çalışma da 50-59 yaş aralığındaki hastaların hastalığı kronik algıladıkları görülmüştür. 60 yaş ve üzeri hastaların duysal temsiller boyutunda en düşük ortalamaya sahip oldukları ve hastalıkları için yapılacak daha fazla şey olmadığını düşündükleri bulunmuştur [60]. Diğer kronik hastalıklar üzerinde yapılan araştırmalarda da yaş ve hastalık algısı alt ölçekleri farklı alt boyutları arasında anlamlı farklar bulunduğu görülmüştür [18,63,64,70-73].

Çalışmamızda lise mezunu hastaların kişisel kontrol ve tedavi kontrol alt boyutları puan ortalamalarının diğer eğitim gruplarının puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre hastalığın tedavi sürecinde eğitim durumu yüksek olan hastaların hastalıklarını kontrol altına alırken daha başarılı oldukları düşünülmektedir. Eğitim seviyesindeki yükselmenin bireyin hastalığın gidişatı hakkında mantıksal çerçeve içerisinde, neden-sonuç ilişkileri kurmasını böylece hastalığı kontrol altına almada başarılı olmasını sağlayabilir. Akın (2013) tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle başa çıkma ve depresyonu

incelediği çalışmasında da eğitim durumu ile hastalık algısı ölçeği kişisel ve tedavi kontrol alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmuştur [18]. Hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalığı olan hastalarda hastalık algısını değerlendiren çalışmalarda da eğitim durumuna göre hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur [16,60,62,74].

5.2. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların hastalık süresi, başka kronik hastalıklarının olması ve hastalıkları ile ilgili bilgi almaları hastalık algılarını olumlu ve ya olumsuz etkilemektedir [60].

Kalp yetmezliği fonksiyonel sınıflarına göre hastaların yaşam kalitesi ve bakım ihtiyacı farklılıklar göstermekte ve hastalık algısını etkileyebilmektedir. Hastalık algısı geliştirilen hastaların bakım gücünün ve hastalığa uyumunun arttığı hastalıkla baş etmede daha etkin oldukları görülmektedir [16]. Çalışmamızda hastaların kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı ile hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfına göre hastalık algısı ölçeği kimlik, akut kronik süre, sonuçlar, hastalığı anlayabilme, döngüsel süre, duyuşsal temsiller, kaza ve şans alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu da göstermektedir ki NYHA sınıflarının her biri farklı şekillerde hastalık algısını etkilemektedir.

Hastalığı anlayabilme alt boyutunda NYHA sınıf 1'in puan ortalamasının NYHA sınıf 4'ünkünden anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur. Sınıf 1 düzeyindeki hastaların bilişsel işlevlerde kayıplarının olmaması ya da minimal düzeyde olması sayesinde hastalığı daha kolay anlamlandırabildiği düşünülmektedir. Schoormans ve diğerlerinin (2014) konjenital kalp hastalığı olan yetişkinler ve hastalık algısı üzerine yaptıkları çalışmada NYHA sınıf 1'in hastalığı anlayabilme alt boyutunda diğer sınıflardan yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur [75].

KY'ye bağlı oluşan yorgunluk, halsizlik, gündüz uyuklamaları, gece uykuya dalmada güçlük, unutkanlık, bilişsel işlev kaybı gibi birçok belirtinin NYHA sınıflamasında giderek artış göstermesi hastaların öz bakım ve motivasyonunda azalmaya neden olmaktadır. Bu da hastalarda hastalık ve tedavi ile baş etme de zorlanmaya neden olurken, hastalığın ciddi ve

yaşamı olumsuz etkileyen bir hastalık olduğunu doğrulamaktadır [66]. Çalışmamızda da benzer şekilde NYHA 3 ve 4 sınıflamasındaki hastaların hastalık algısı ölçeği sonuçlar alt boyutunda istatistiksel ve anlamlı olarak daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Schoormans ve diğerlerinin (2014) konjenital kalp hastalığı olan yetişkinler ve hastalık algısı üzerine yaptığı bir çalışmada benzer olarak NYHA sınıf 4' ün sonuçlar alt boyut ortalaması diğer sınıflardan yüksek bulunmuştur. NYHA sınıf 4 grubundaki hastaların hastalıklarından fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak daha çok etkilendiğini göstermektedir [75]. Yapılan bazı çalışmalarda da kalp yetmezliği hastalarında NYHA sınıflamasına göre hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir [66,74].

Çalışmamızda KY dışında başka kronik hastalığı olmayanların, tedavi kontrol alt boyutundaki puan ortalamalarının olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Farklı hastalıklara bağlı çoklu ilaç kullanımı, ilaç yan etkilerini anlayamama ve ilaç etkileşimleri nedeniyle tedavi sürecinin etkilenmesi hastalık algısını olumsuz etkileyebilmektedir [18]. Bu durum hastalığının yönetimini daha güç kılabilir. Kayacan (2012) kronik hastalıklarda hastalık algısını ve etkileyen faktörlerin değerlendirdiği çalışmasında benzer şekilde tedavi kontrolü alt boyutunda, tek kronik hastalığı olanların birden çok kronik hastalığı olanlara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır [76]. Çalışmamızda hastalık algısı ölçeği risk etkenleri alt boyutunda ise başka kronik hastalığı olanların puan ortalamasının olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun nedeni olarak birden fazla kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarına neden olan risk etmenlerini KY'ye neden olan risk etmenleri ile karıştırabilme ihtimaline bağlı olabileceği düşünülmektedir. Özen (2013) multipl sklerozlu hastalarda hastalık algısını değerlendirdiği çalışmasında da hastalığa eşlik eden başka hastalıklarının olmasının hastalık algısını etkilediği saptamıştır [63].

Kronik hastalıkların birçoğunda hastalık hakkında bilgi sahibi olmanın hastalığın gidişatını ve tedavi sürecini olumlu etkilediği bilinmekte ve hasta eğitimleri için çalışmalar yapılmaktadır. Hastalık ve tedavi konusunda bilgili olan hastanın hastalık süreciyle baş etmede daha etkin, hastalığıyla daha uyumlu olduğu bilinmektedir [60]. Çalışmamızda hastaların bilgi alma durumu ve hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak farklı kronik hastalıklar

diyabet, multiple skleroz v.b. üzerinde yapılan diğer çalışmalarda hastaların bilgi alma düzeyleri ile hastalık algısı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur [62,63,71].

5.3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KY'li hastalarının sosyodemografik özellikleri ile (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşam alanı) kronik hastalıklarda bakımın değerlendirme ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunc, Ster, Ster, Petek, Kersnik (2014) koroner kalp hastaları ile yaptığı çalışmada da sosyodemografik özelliklere göre (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu) kronik hastalıklarda bakım değerlendirme ölçeği (PACIC) puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır [77]. Yapılan diğer çalışmalarda da sosyodemografik özellikler ile PACIC arasında fark olmadığı saptanmıştır [19,78,79].

Houle ve diğerleri (2012) kronik hastalıklarda bakım tecrübeleri ve network sistem üzerine yaptığı çalışmada; Ludt ve diğerleri (2012) koroner kalp hastalıklarında primer ve kronik bakım üzerine yaptıkları çalışmada ise cinsiyet ve PACIC arasında fark saptamıştır [80,81]. Yaş ve PACIC arasında anlamlı fark bulunan çalışmalarda, 60 yaş ve üzeri hastaların PACIC puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu görülmektedir [81,82]. Kronik hastalıklar ömür boyu devam ettiği, her dönem tedavi ve bakım gerektirdiği için farklı yaşlarda bakımdan memnun olma ve sağlık kuruluşlarına başvurma sıklığında farklılık beklenmektedir [6].

Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ile PACIC puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu gösterilmiştir [19,77,80]. Çalışmamızda üniversite eğitimi alan hastaların diğerler eğitim düzeylerine göre PACIC puan ortalaması daha yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ludt ve diğerleri (2012) koroner kalp hastalarında yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi ile PACIC arasında fark bulunmadığı gösterilmiştir [81].

5.4. Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşlanan dünya, kronik hastalıklardaki artış, yaşam süresinde görülen uzama ile yeni tedavi yöntemleri ve protokollerinin oluşturulması beklenmektedir [50].

Çalışmamızda hastaların hastalık özellikleri ile PACIC puan ortalamalarına bakıldığında sadece hastalık hakkında bilgi alma durumu ile anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı, KY hastalığının süresi, KY dışında başka hastalığın bulunma durumu, hastalığa bağlı yaşamın olumsuz etkilenme durumu gibi diğer hastalık özellikleri ve PACIC puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Taggart ve diğerlerinin (2011) iskemik kalp hastalığı ve/veya hipertansiyon, tip 2 diyabeti içeren kronik hastalığı olan hastalarda yaptığı çalışmada da hastalık süresi, eşlik eden hastalık ve sayısına göre PACIC puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [83]. Üstünova (2013) KOAH hastalarında yaptığı çalışmasında da benzer şekilde hastalık süresi, başka kronik hastalığı olma durumu ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır [19].

Hastalık hakkında bilgisi olan hastaların olmayanlara göre bakım yönetiminin daha iyi olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada da benzer olarak hastalık hakkında bilgi alan hastaların hastalık yönetiminin daha iyi olduğu bulunmuştur [19]. Hastalık hakkında bilgi sahibi olan hastaların hastalıklarını daha iyi yönetirken, hastalıklarının tedavi ve bakımında daha aktif rol aldıkları bilinmektedir. Bu şekilde hastaya en uygun tedavi ve bakım planı hazırlanmakta hastalıklarında iyileşme ve memnuniyetlerinde artış gözlenmektedir [10].

5.5. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puanlamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

KY devamlı tedavi ve bakım altında tutulması gereken bir hastalıktır. Ömür boyu takip, devamlı ve düzgün ilaç kullanımı, diyet, egzersiz gibi direk ve indirek yaklaşımları da beraberinde getirmekte ve hastaların kendi yönetimlerini ortaya koyması beklenmektedir. Öz yönetimi gelişmiş hastaların kronik hastalıkları yönetmekte gayet başarılı oldukları bilinmektedir [58]. Hastanın aktif olduğu sağlık çalışanları ile devamlı iletişim halinde

bulunduğu hasta merkezli grupların oluşturulması, hastaların hastalık hakkındaki psikolojik ve sosyal deneyimlerinin aktarılması ile bakımın daha iyi yapılmasını sağlanmaktadır [19]. Bu yüzden hastaların hastalık algılarının belirlenip, geliştirilip, öz yönetimde daha başarılı olmalarının sağlanması kronik hastalıklarda alınan bakım memnuniyetini de olumlu yönde etkileyeceği düşünölmektedir.

Çalışmamızda hastalık algısı tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutları puan ortalamaları ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastalığını anlayabilen hastaların kendileri ve hastalıkları ile daha barışık, hastalıklarını yönetme de daha başarılı oldukları görölmüştür [10]. Hastalığın yönetimini bilen hastaların daha aktif olduğu, araştırma ve sorgulama içinde bulunduğu, sağlık personeli ile daha sağlıklı iletişim halinde olduğu belirtilebilir. Kronik hastalığı olan hastaların hastalığını nasıl algıladığının değerlendirilerek yanlış olan düşüncelerin değiştirilmesi gerekmektedir. Olumlu düşüncelerin desteklenen hastaların hastalık yönetimine katılımı zorlanmadığı görölmektedir [60]. Ayrıca hastalığın tedavisinin kontrol altında olduğuna inanan hastaların sağlık kuruluş ve personeline güveni daha fazladır ve tedaviyi kabul etmede daha olumlu davranışlar sergilemektedir [84]. Touwen ve diğerleri (2015) çalışmasında diyabet, KOAH, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hastalık algısının negatif olması ile öz yönetim davranışlarının kötü olması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlenmiştir [85]. Thomas, Iyer, Collins (2014) diyabetli hastalarda yaptığı bir çalışmada hastalık algısı tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutu ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında ilişki bulunmuştur [86].

Hastaların hastalık algıları yükseldikçe, kronik bir hastalık olan kalp yetmezliğinin bakımını değerlendirmede pozitif yönde gelişme olacağı düşünölmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı ve aldıkları bakımı değerlendirmek için yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Kalp yetmezliği olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısını değerlendirme durumları

Çalışmamıza katılan hastaların %65'i erkektir. Hastalık algısı üzerinde cinsiyetin anlamlı fark oluşturmadığı bulunmuştur.

Çizelge 4.4'e göre hastaların %25'i 50 yaş ve altı, %49'u 60 yaş ve üzeri iken; %26'sı 50 ve 59 yaş aralığındadır. 50-59 yaş aralığındaki hastaların psikolojik atıflar boyutunda 60 yaş ve üzerine göre, risk etkenleri nedensel alt boyutunda diğer iki gruba göre fark oluşturduğu görülmüştür.

Çizelge 4.5'e göre hastaların %14'ünü lise mezunu hastalar oluşturmaktadır. Bu hastaların HAÖ kişisel kontrol alt boyutunda diğer eğitim durumu gruplarının puan ortalamalarına göre anlamlı fark oluşturduğu; tedavi kontrol alt boyutunda ise okur/yazar olmayan ve ilkokul mezunu gruplara göre istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur.

Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık özelliklerine göre hastalık algısını değerlendirme durumları

Kalp yetmezliği olan bu hastaların %32'si NYHA sınıf 1, %30'u NYHA sınıf 2, %20'si NYHA sınıf 3, %18'i ise NYHA sınıf 4 aralığında yaşamını sürdürmektedir. Hastalığın NYHA sınıf 4 grubunda hastalığın kimliği, süresi, sonuçlar alt boyutlarında puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalığı anlama alt boyutunda ise NYHA sınıf 1'in puan ortalaması yüksek bulunmuş, sınıf 4'e göre fark oluşturduğu görülmüştür ($p<0,05$). HAÖ Hastalığın nedenleri kaza ve şans alt boyutunda NYHA sınıf 3'ün, sınıf 1'e göre anlamlı fark oluşturduğu KY'yi kaza, şans veya kötü talihe bağladığı görülmüştür ($p<0,05$). (Bkz. Çizelge 4.6.).

KY hastalarının %68'inin başka bir kronik hastalığı (diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, böbrek yetmezliği ve diğer) bulunmaktadır.

Çizelge 4.7.' de başka bir kronik hastalığı olmayan grubun tedavi sürecini daha iyi kontrol ettiği görülürken; başka bir kronik hastalığı olan grubun KY hastalığının nedenini daha çok risk etkenlerine (sigara, alkol...) dayandırdığı bulunmuştur.

Kalp yetmezliği olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme durumları

Sosyo-demografik özelliklerin kronik hastalıklarda alınan bakımı etkilemediği, anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8.)

Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık özelliklerine göre kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme durumları

Hastaların hastalık özelliklerinden hastalığa yönelik bilgi alma durumu ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastalığa yönelik bilgi alan %86 hastanın puan ortalaması $68,4 \pm 18,9$ bilgi almayan %14 hastanın puan ortalamasından $54,5 \pm 16,8$ yüksek bulunmuştur. Bilgi alan hastaların kronik hastalıklarda bakım alma memnuniyet oranının yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8.).

Hastaların hastalık algısı ölçeği ve kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği puanlamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirme durumları

Çalışmamızda kalp yetmezliği olan hastalarda hastalık algısı alt ölçek boyutlarının bazıları ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Çizelge 4.11'e göre HAÖ tedavi kontrol alt boyutu ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0,05$, $r=0,242$). HAÖ hastalığı anlayabilme alt boyutu ile kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği arasında da pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=0,230$). Çizelge 4.11' e göre hastaların tedaviyi kontrol altına alma ve hastalıklarını anlayabilme düzeyi arttıkça, bu alt boyutlarda hastalık algıları yükseldikçe, kronik bir hastalık olan kalp yetmezliğinin bakımını değerlendirmede pozitif yönde gelişme olacağı düşünülmektedir.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre;

Kalp yetmezliği olan hastaların;

- ◆ Hasta eğitime/bilgilendirmelerine yönelik programların yapılması,
- ◆ Hastalık algılarının ve aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin değerlendirilmesi
- ◆ Kronik hastalık yönetimlerinin yeterlilik durumunu ve özellikle kalp yetmezliği fonksiyonel sınıflarına göre hastalık algılarının değerlendirilmesi ve
- ◆ Daha geniş örnekleme ileri araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Jessup, M., Abraham, W., Casey, D., Feldman, A., Et Al. (2009). ACC/AHA Guidelines For The Diagnosis And Management Of Heart Failure İn Adults. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 53(15), 1347-1369.
2. Go, A.S., Mozaffarian D., Roger ,V.L., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Et Al.(2013). Heart Disease And Stroke Statistics—Update: A Report From The American Heart Association. *Circulation*. 127, 6–245.
3. Değertekin, M., Erol, Ç., Ergene, O., Tokgözoğlu L., Aksoy M., Erol M.K., Eren M., Şahin M., Eroğlu E., Mutlu B., Kozan Ö. (2012). Türkiye’deki Kalp Yetmezliği Prevalansı ve Öngördücüleri: HAPPY Çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40(4),298-308.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). Sağlık Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu, 9.
5. İnternet: TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri.URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FPreHaberBultenleri.do%3Fid%3D21526&date=2016-09-25>. Son Erişim Tarihi: 25.09.2016
6. Hançerlioğlu, S. (2014). *Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği Ve Uyum Soru Formu’nun Türkçe’ye Uyarlanması, Geçerlik Ve Güvenirliği*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir, 1.
7. Karabulutlu, E., Okanlı, A. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(4), 25-31.
8. İnternet: Çavuşoğlu, Y. (Mayıs, 2012). Kalp Yetersizliği Giderek Artıyor; Çünkü Türkiye Giderek Yaşlanıyor. Url: <Http://Www.Webcitation.Org/Query?Url=Http%3a%2f%2fold.Tkd.Org.Tr%2f%2fcg%2f007%2faritmi-Calisma-Grubu%2fhaber%2f634%2f11-Mayis-2012-Avrupa-Kalp-Yetersizligi-Gunu-Saat-12-00de-E-Kardiyolojide-Canli&Date=2015-03-04>Son Erişim Tarihi: 04-03-2015.
9. Mert, H., Barutçu, C. (2012). Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 11(2), 219-224.
10. İncirkuş, K., Nahcivan N.Ö. (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 102-109.
11. Coleman, K., Austin, BT., Brach, C., Wagner, EH. (2009). Evidence On The Chronic Care Model İn The New Millennium. *Health Affairs*, 28(1), 75-85.
12. Mackey, K., Parchman, ML., Leykum, LK, Lanham, HJ., Noel, PH., Zeber, JE. (2012). Impact of the Chronic Care Model On Medication Adherence When Patients Percieve Cost As A Barrier. *Prim Care Diabetes*, 6(2), 137-42.

13. Akman, M., Çifçili, S. (2010). Aile Hekimliği ve Kronik Hastalık Bakım Modeli. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 14(1), 32-37.
14. Thomas, J., Iyer, NN., Collins, WB. (2014). Associations Between Perceived Chronic Care Quality, Perceived Patient Centeredness, And Illness Representations Among Persons With Diabetes. *Journal for Healthcare Quality*, 36 (5), 50–59.
15. Aragones, A., Schaefer, EW., Stevens, D., Gourevitch, MN., Glasgow, RE., Shah, NR. (2008). Validation Of The Spanish Translation Of The Patient Assessment Of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease*, 5(4): 1-10.
16. Acehan, O., (2010). *Aile Hekimliği Anabilim Dalı Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 32-35.
17. İnternet: About Heart Failure. American Heart Association.Url:Http://Www.Webcitation.Org/Query?Url=Http%3a%2f%2fwww.Heart.Org%2fheartorg%2fconditions%2fheartfailure%2fabouthheartfailure%2fabout-Heart-Failure_Ucm_002044_Article.Jsp&Date=2015-03-04. Son Erişim Tarihi:17.03.2014.
18. Akın, Aİ. (2013). *Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 19.
19. Üstünova, E. (2013). *Toplumda Yaşayan Koah'lı Hastaların Kronik Bakım Yönetimi ve İlişkili Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 7-10.
20. Alemdar, S. (2010). *Kalp Yetmezliğinde Klinik ve Ekokardiyografik Kardiyak Fonksiyonların Adma ve İnflamasyonla İlişkisi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara, 10-11.
21. Efe, F., Olgun, N. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Eğitimin Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1-13.
22. Demircan, Ş. (2012). Kalp Yetersizliğinde Hasta Yönetimi. *Tıbbi*, 16(1), 1-2.
23. Yayla, Ç. (2013). *Kalp Yetmezliğinde Farklı Diüretik Rejimlerin Karşılaştırılması*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, 18-25.
24. Zoghi, M. (2011). Kalp Yetersizliğinin Tanısı, Evreleri ve Sınıflandırılması. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24, 1-5.
25. Bytyçi, I., Bajraktari, G. (2014). Mortality In Heart Failure Patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 14(0).
26. Türkiye İstatistik Kurumu.(2010). *Sağlık Araştırması*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu, 8.

27. Karaca, S., Mert, H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(31), 1-7.
28. Temizkan, E. (2011). *Acil Servise Başvuran Dekompanse Kalp Yetmezliği Hastalarının Tedavilerinin Takibinde Elektrokardiyografideki Qt Aralığının Değişmesinin Prospektif İncelenmesi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara, 7.
29. McMurray, JJV., Adamopoulos, S., Anker, SD., Et. Al.(2012). Esc Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure. *European Heart Journal*, 33, 1791-1839.
30. Solmaz, G.(2011). *Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Yaklaşımının Dispne Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 7-27.
31. Oğuz A. (2009). Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi İnhibisyonu ve Kardiyovasküler Koruma. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(6), 4-12.
32. Çaloğlu, A. (2012). *Tip Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri*, Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun,9.
33. Demirkıran, S.(2010). *Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Serum Vaspın Düzeylerinin Araştırılması*, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ, 10.
34. Bostan, C., Küçüköğlu, SM. (2011). Sağ Kalp Yetersizliği. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24, 26-29.
35. Dalgıç, O. (2013). *Kalp Yetmezliği Hastalarında A Tipi Davranış ve Öfke Analizi*, Doktora Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Manisa, 32-49.
36. Yurdam, FS. (2014). *Ekokardiyografide Kalp Yetmezliği Saptanan Hastalarda Levosimendan Tedavisi Öncesi ve Sonrası Sol Ventrikül Sistolik Diyastolik Fonksiyonları Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Manisa, 2-40.
37. İnternet: Warning Signs of Heart Failure. URL:http://Http://Www.Heart.Org/Heartorg/Conditions/Heartfailure/Warningsignsforheartfailure/Warning-Signs-For-Heart-Failure_Ucm_002045_Article.Jsp. Accessed: 2016-06-21.Son Erişim Tarihi:21.06.2016.
38. Kaya, BC. (2012). *Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarında Akut Dekompanse Dönemde ve Medikal Tedavi Sonrası Serum Vaspın, Apelin, Pentraksin Düzeyleri İle Troponin Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, 2-29.

39. Ciddi, S. (2010). *Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, 6-44.
40. Dikerdem, D. (2011). *Rutin Laboratuvar Parametreleri, İlaç Tedavileri ve Cinsiyetin Akut Kalp Yetmezliğinde Görülen Anemi İle İlişkisi*, Uzmanlık Tezi, Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 6-34.
41. Kepez, A., Mutlu, B. (2013). Kalp Yetersizliği Tedavisinde Yeni Açılımlar: Simdi ve Gelecek. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13(0) 1-5.
42. Ponikowski, P., Voors, AA., Anker, SD., Bueno, H., Cleland, JG., Coats, AJ., Falk, V., Juanatey, JR., Harjola, V., Jankowska, EA., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis JT., Pieske, B., Riley, JP., Rosano, GM., Ruilope, LM., Ruschitzka, F., Rutten, FH., Meer P. (2016). ESC Guidelines For The Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure. *European Hearts Journal*, 2-85.
43. İnternet: Doğan, D.. ESC. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.acilci.net%2Fakut-ve-kronik-kalp-yetmezligi-esc-2016-kilavuzu-2%2F&date=2016-09-25>. Accessed: 2016-09-25. Son Erişim Tarihi: 25.09.2016.
44. Atlı, Ö. (2011). *Konjestif Kalp Yetmezliğinin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Atağı İle Başvuran Hastalardaki Görülme Oranı, Atak Sıklığına ve Şiddetine Etkisi*, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum, 21-34.
45. Pinkerman, C., Sander, P., Breeding, JE., Brink, D., Curtis, R., Hayes, R., Et. Al. (2013). *Heart Failure In Adults*. Institute For Clinical Systems Improvement, 13, 28-38.
46. Oto, A., Müderrisoğlu, H., Aydemir, K. (Editörler). (2008). *Kardiyolojide Acil Durumlar ve Yoğun Bakım*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi,
47. Kardakovan, A., Aslan, F. (Editörler). (2011). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Yayınevi, 543.
48. İnternet: CDC. Chronic Disease Prevention. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fchronicdisease%2F&date=2016-09-25>. Accessed: 2016-09-25. Son Erişim Tarihi: 25.09.2016.
49. Zengin, N., Yıldız, H., Akıncı, A. (2012). Öğrenci Hemşirelerin Kronik Hastalıkların Bakımı Konusunda Düşünceleri, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 105-110.
50. Cramm, M. J., Nieboer, A.P. (2013). High-Quality Chronic Care Delivery Improves Experiences Of Chronically Ill Patients Receiving Care, *International Journal For Quality In Health Care Access*, 1-7.

51. Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-65.
52. Walters, B.H., Adams S.A.,Nieboer A.P., Bal, R. (2012). Disease Management Projects And The Chronic Care Model İn Action: Baseline Qualitative Research, BioMed Central Health Services Research, 12 (114), 1-11.
53. İncirkuş, K., Nahcivan, NÖ. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber:Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
54. İnternet: Improving Chronic Illness Care. Chronic Care Model.http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.improvingchroniccare.org%2Findex.php%3Fp%3D1%3A_Models%26s%3D363&date=2016-09-25. Accessed: 2016-09-25. Son Erişim Tarihi: 25.09.2016.
55. Furtado, L.G.,Nóbrega, M.M.L., (2013). Model Of Care İn Chronic Disease: İnclusion Of A Theory Of Nursing, *Text Context Nursing*,22(4), 1197-1204.
56. Türkmen, E., Badır, A., Ergün, A., (2012). Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,3(4),223-231.
57. Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 66-72.
58. Oğuz, S. (2009).Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları, *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*,1(11),0-0.
59. Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). *Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Alanı*.Ankara: Hasta Psikolojisi, 7-15.
60. Kepenek, B. (2014). *Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü İle Hastalık Algısı Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 23-67.
61. Uysal, Y., Akpınar, E. (2013). Tıp 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38, 31-38.
62. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., Soylu, G. (2013). Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2, 368-387.
63. Özen, Ş. (2013). *Multipl Sklerozlu Hastalarda Hastalık Algısının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 23-59.
64. Kayır, G. (2014). *Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 4-6.
65. Shiah, C., Jen, Tsai., Kuei, C. (2011). Illness Perceptions And Adherence To Therapeutic Regimens Among Patients With Hypertension: A Structural Modeling Approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 235-245.

66. MacInnes, J. (2011). *Illness Representations, Treatment Beliefs And The Relationship To Self-Care In Heart Failure*, Canterbury Christ Church University, Philosophy, Britain, 1-188.
67. Smedt, R.H., Denig, P., Meer, K., Haaijer, F.M., Jaarsma, T. (2011). Self-Reported Adverse Drug Events And The Role Of İllness Perception And Medication Beliefs İn Ambulatory Heart Failure Patients: A Cross-Sectional Survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 48(12), 1540-50.
68. Karabulutlu, E., Karaman, S. (2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Journal of Health Science and Profession*, 2(3), 271-284.
69. İnternet: The İllness Perception Qestionnaire. The İllness Perception. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.uib.no%2Fipq%2Fhtml%2Fsubmitting.html&date=2016-09-25>. Accessed: 2016-09-25. Son Erişim Tarihi: 25.09.2016.
70. Hsiao, C., Chnag, C., Chen, S. (2011). An İntestigation On İllness Perception And Adherence Among Hypertensive Patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28, 442-447.
71. Oktay, AA. (2011). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri*, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa, 47-67.
72. Açıkgöz, G. (2014). *Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluları Arasındaki İlişki*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, 30-75.
73. Norfazilah, A., Samuel, A., Law, PT., Ainaa, A. , Nurul, A., Syahnaz, M.H., Azmawati, M.N. (2013). İllness Perception Among Hypertensive Patients İn Primary Care Centre UKMMC. *Malaysian Family Physician*, 8 (3), 19-23.
74. Morgan, K., Tuthill, A., Barker, M., Mcgee, H. (2014). The Contribution Of İllness Perception To Psychological Distress İn Heart Failure Patients. *BioMed Central Psychology*, 2 (50), 2-9.
75. Schoormans, D., Mulder, B., Melle, JV., Pieper, P., Dijk, A., Sieswerda, GT., Zwarts, MS., Plokker, TH., Brunninkhuis, L., Vliegen, HW., Sprangers, M. (2014). İllness Perceptions Of Adults With Congenital Heart Disease And Their Predictive Value For Quality Of Life Two Years Later. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1) 86-94.
76. Kayacan, Ç. (2015). *Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul, 48-75.
77. Bunc, K., Ster, M., Ster, B., Petek, D., Kersnik, J. (2014). Validation of the Slovenian Version of Patient Assessment of Chronic İllness Care (PACIC) in Patients with Coronary Heart Disease. *Collegium Antropologicum*. 38, 2, 437-444.

78. Gensichen, J., Serras, A., Paulitsch, MA., Rosemann, T., König, J., Gerlach, FM., Petersen, JJ. (2009). The Patient Assessment Of Chronic Illness Care Questionnaire: Evaluation In Patients With Mental Disorders In Primary Care. *Community Ment Health J*, 0-0.
79. Glasgow, RE., Nelson, CC., Whitesides, H., King, DK.(2005).Use Of The Patient Assessment Of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 28(11), 2655-2660
80. Holue, J., Bealieu, M., Lussier, M., Grande, CD., Pellerin, J., Authier, M., Duplain, R., Tran, TM., Allison, F.(2012). Patients' Experience Of Chronic Illness Care In A Network Of Teaching Settings. *Canadian Family Physician*,58, 1366-1373.
81. Ludt, S., Lieshout, J., Campbell, SM., Rochon, J., Ose, D., Freund, T., Wensing, M., Szecsenyi, J. (2012). Identifying Factors Associated With Experiences Of Coronary Heart Disease Patients Receiving Structured Chronic Care And Counselling In European Primary Care.*BioMed Central Health Services Research*, 12(221), 2-11.
82. Simonsen, N., Koponen, A., Suominen, S.(2014).Patient Assessment Of Chronic Illness Care InDifferent Health Care Organizations: A Cross-Sectional Study Among Patients With Type 2 Diabetes In Finland. *European Journal of Public Health*, 24 (2), 316.
83. Taggrat, J., Chan, B., Jayasinghe, UW., Christ,l B., Proudfoot, J., Crookes, P., Black, D., Harris, MF.(2011). Patients Assessment Of Chronic Illness Care In Two Australian Studies: Structure And Utility. *Journal Of Evaluation Clinical Practice*, 17(2), 215-221.
84. Maul, TM., Zaidi, A., Kowalski, V., Hickey, J., Schnug, R., Hindes, M., Cook, S. (2015). Patient Preference and Perception of Care Provided by Advance Nurse Practitioners and Physicians in Outpatient Adult Congenital Clinics, *Congenital Heart Disease.*, 10, 225–22 .
85. Touwen, B., Schuurmans, M., Monninkhof, EM., Korpershoek, Y., Bentvelzen, L., Graaf, I.E., Wit, N., Trappenburg, J. (2015). Patients An Disease Characteristics Associated With Activation For Self Management In Patients With Diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Chronic Heart Failure And Chronic Renal Disease: A Cross- Sectional Survey Study Irene. *Plos One*, 10 (1371),1.
86. Thomas, J., Iyer, NN., Collins, WB. (2014). Associations Between Perceived Chronic Care Quality, Perceived Patient Centeredness, And Illness Representations Among Persons With Diabetes. *Journal for Healthcare Quality*, 36 (5), 50–59.

EKLER

Ek-1. Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

Tolip



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı :B.10.4.İSM.4.06.00.15-PER.SB.-900
Konu : Tez Çalışması


Giden Evrak Tarihi : 12/12/2013
Giden Evrak No : 12592

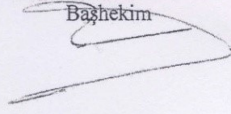
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)

İlgi: 27.11.2013 tarihli ve 5236-26333 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Hülya ORAL'ın Yard.Doç.Dr.Ülkü POLAT danışmanlığında yürüttüğü tez çalışması uygulaması Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden onay alınmak kaydı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Öner ODABAŞ
Hastane Yöneticisi A.
Başhekim



Kızılay Sokak No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA
Telefon : (0312) 306 10 12
e-posta : personel@tyih.gov.tr
TYİH-FRM-TKY-018/12.12.2006/01

Belge Geçer : (0312) 312 41 20
Elektronik Ağ : www.tyih.gov.tr

Bilgi için: Personel ve Evrak Birimi
Per.Şf.Zikri POLAT

Ek-1. (devam) Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin
Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189
Konu : Araştırma-Hülya ORAL TEKİN

19.03.2014* 11247

İlgi: Gazi Üniversitesi 03/03/2014 tarih ve 568 sayılı yazısı.

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Yüksek Lisans öğrencisi Hülya ORAL TEKİN'nin Yard. Doç. Dr. Ülkü POLAT'ın danışmanlığında yürüteceği, "Kardiyoloji Kliniği'nden taburcu olacak kalp yetmezliği tanılı hastalar üzerinde uygulanması" konulu tez çalışmasını yapılabilmesi için, Genel Sekreterliğimize bağlı Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve bir örneğinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

İşlt. Uzm. Recep TURGAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

DAĞITIM :

Gereği :
T.Yüksek İhtisas EAH

Bilgi :
Gazi Üni./Hemşirelik Bölümü

18./03/ 2014 A.Tek.

...../...../ 2014 Ebe

...../...../ 2014 İd.Hiz.Koord.

Koordinasyon :

...../...../ 2014 Tıbbi Hiz.Koord.

...../...../ 2014 Tıbbi Hiz.Bşk.V.

:A.TİRYAKİ GÜLEZ

: D.BAŞOĞLU

:Uzm.Ü.AKBAŞ

: Uzm. M. F. ARIKAN

: Dr. N. KILINÇ

Halkla İlişkiler-Kalite-Eğitim Şubesi (Eğitim Birimi)

Anafartalar Cad. Altındağ Belediye Sarayı Talatpaşa Bulvarı 06320 Altındağ/ANKARA

Tel: 0 312 306 36 36

Fax: 0 312 306 36 32

elektronik ağı : www.ankarakhb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : Ayşegül TİRYAKİ GÜLEZ

e-posta : ankarags01ihb@gmail.com

Not : Cevabi yazılarınızda yazımızın tarih ve sayısını belirtiniz.

Ek-2. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 25901600 - 1869

5./05/2014

Konu: Toplantı Kararları

Sayın

Yrd.-Doç.Dr. İlke Polat
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14 Nisan 2014 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Cengiz Bekir DEMİREL
Dekan Yardımcısı

EK-1 Etik Kurul kararı (1 sayfa)

Ek-2. (devam) Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
	TELEFON	0312 202 69 58
	FAKS	0312 202 46 73
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algılarının ve Aldıkları Bakımın Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Ülkü POLAT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI/UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları-Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar-Yüksek Lisans Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.04.2014	0.1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	04.04.2014	0.1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		☒			
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU		☐			
	DİĞER		☐			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 190	Toplantı tarihi: 14.04.2014
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlere gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Canan ULUOĞLU							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr.Cemal GÜVERCİN BAŞKAN YARD.	Tıp Etiği	Y.mah. Prof.Dr. Yunus Müftü AÇS/AP Merk.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Ek-2. (devam) Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Seymen</i>
Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZTÜRK ÜYE	İç Hastalıkları A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>mak</i>
Prof.Dr.Elvan İŞERİ ÜYE	Çocuk Psikiyatrisi A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>09</i>
Prof.Dr.Arzu BAKIRTAŞ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast.A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nilüfer TURAN DURAL ÜYE	Farmakoloji A.D	G.Ü.E.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.A.T.A	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Kayir</i>
Doç.Dr.Mustafa ARSLAN ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Arslan</i>
Doç.Dr.Murat AKIN ÜYE	Genel Cerrahi A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Akin</i>
Doç.Dr.Sercan AKSOY ÜYE	İç Hastalıkları A.D	H.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Aksoy</i>
Av.Arzu BUZKIRAN KAYA ÜYE	Avukat	G.Ü.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Buzkiran</i>
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Şeker</i>

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR” İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algılarının ve Aldıkları Bakımın Değerlendirilmesi**

Sorumlu Araştırmacının Adı: **Doç.Dr. Ülkü POLAT**

Diğer Araştırmacıların Adı: **Hülya TEKİN**

Destekleyici (varsa):

Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algılarının ve Aldıkları Bakımın Değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde “**kalp yetmezliği**” hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma **Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında, Doç.Dr. Ülkü Polat**’ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

Araştırmanın amacı,

Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algılarının ve Aldıkları Bakımın Değerlendirilmesidir.

Ek-3.(devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmaya kaç kişinin alınmasının planlandığı (tek ya da çok merkezli ise belirtilmesi)

Bu çalışma Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde kalp yetmezliği tanısı ile taburcu olacak hastalarla yapılacaktır. Araştırma 18 yaş ve üzeri, işitme, anlama sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yapılması planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz durumda sizinle yüz yüze görüşerek anket formu dolduracaktır. Bu formun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmamızda herhangi bir risk yoktur.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Bu çalışma ile kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algılarının ve aldıkları bakımın değerlendirilmesi ve ikisi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Böylece kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algılarının nasıl olduğu ve verilen bakımı nasıl gördüğü hakkında bilgi sahibi olunacak ve ikisi arasındaki doğru düşünce ve davranışlar belirlenip desteklenecek, yanlış olanların ise değiştirilmesi için katkı sağlayacaktır.

Ek-3. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışmada araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Ülkü POLAT

GÖREVİ: DOÇ.DR Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

TELEFON: 0530 965 90 31

ADI: Hülya TEKİN

GÖREVİ: Hemşire (Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi)/Gazi

Üniversitesi Hemşirelik Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

TELEFON: 0506 809 41 59

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF İç Hastalıkları Anabilim dalında, Yüksek Lisans Öğrencisi Hülya TEKİN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler

Ek-3. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim.(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte **Hülya TEKİN (Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi, 0506 809 4159 numaradan** arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Ek-3. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**AYDINLATMA VE KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN
DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER
ALMAYACAKTIR.**

Ek-4. Anket Formu

Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algıları ve Aldıkları Bakımın Değerlendirilmesine Yönelik Anket FormuSosyo-demografik özellikler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Boyunuz:
4. Kilonuz:
5. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr
6. Eğitim Durumunuz:
 - ☐ Okur-yazar değil ☐ İlkokul mezunu
 - ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu
 - ☐ Üniversite, yüksekokul mezunu
 - ☐ Diğer
- 7.Çalışma durumunuz nedir?
 - ☐ Tam gün çalışıyorum (8-12 saat)
 - ☐ Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışıyorum
 - ☐ Çalışmıyorum
- 8.Mesleğiniz: ☐ Ev Hanımı ☐ İşçi ☐ Memur
 - ☐ Serbest meslek ☐ Diğer
- 9.Ekonomik Durumunuz: ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
- 10.Sosyal Güvenceniz: ☐ SSK ☐ Bağkur ☐ Yeşil Kart ☐ Ücretli
- 11.Uzun süre yaşadığınız yer? ☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy
- 12.Yaşam Alanınız: ☐ Ev ☐ Huzurevi ☐ Diğer
- 13.Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız?
 - ☐ Evde Yalnız
 - ☐ Eşimle
 - ☐ Eşim ve çocuklar
 - ☐ Diğer aile üyeleri (Gelin, torun v.b.)
- 14.Sürekli yaşadığınız yerde sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyor musunuz?
 - ☐ Evet ☐ Hayır

Ek-4. (devam) Anket Formu

15.Kullandığınız herhangi bir protez var mı? İşaretleyiniz.

- ☐ Takma diş ☐ Kalp pili
☐ Gözlük lens ☐ İşitme cihazı
☐ Eksremite protezi (herhangi bir uzuvdaki protez)
☐ Yok

16.Sigara içiyor musunuz?

- ☐ İçiyorum ☐ İçtim bıraktım ☐ Hiç içmedim

17.Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ İçiyorum ☐ İçtim bıraktım ☐ Hiç içmedim

18.Ne sıklıkla sağlık kontrolü yaptırıyorsunuz?

- ☐ Ayda 1 ☐ 3 ayda 1
☐ 6 ayda 1 ☐ Yılda 1

19.Ne kadar süredir kalp yetmezliği hastalığına sahipsiniz?

.....

Hastalıkla İlgili Özellikler

1. Kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı (NYHA)

- ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

2. Kalp yetmezliği etiyolojisi:

- ☐ Non-iskemik ☐ İskemik

3. Kalp yetmezliği dışındaki var olan kronik hastalıklarınız nelerdir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon
☐ KOAH ☐ Böbrek yetmezliği
☐ Yok ☐ Diğer

4. Kalp yetmezliği hastalığınıza bağlı hastaneye hiç yattınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

5. 4. Soruya cevabınız evet ise kalp yetmezliği ile hastaneye kaç kez yattınız?

.....

Ek-4. (devam) Anket Formu

6. Kalp yetmezliği hastalığınıza bağlı fiziksel sorun/sorunlar yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

7. 6.Soruya cevabınız evet ise kalp yetmezliği hastalığınıza bağlı yaşadığınız fiziksel sorunlar nelerdir?

- ☐ Diüretikle İlgili Semptomlar(sık idrara çıkma)
- ☐ Dispne (nefes almada zorluk)
- ☐ Ödem
- ☐ Konsantrasyon Azalması
- ☐ Denge Kaybı / Düşme
- ☐ Göğüs Ağrısı
- ☐ Yorgunluk / Güçsüzlük
- ☐ Sıkıntılı Uyku
- ☐ Aktiviteleri Gerçekleştirmede Zorluk
- ☐ Kilo Kaybı ☐ Diğer :.....

8. Kalp yetmezliği hastalığınıza bağlı psikososyal sorunlar yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

9. 8. Soruya cevabınız evet ise hastalığınıza bağlı olarak yaşadığınız psikososyal sorunlar nelerdir?

- ☐ Depresyon ☐ Anksiyete
- ☐ Sosyal İzolasyon ☐ Suçluluk duygusu
- ☐ Öfke ☐ Ölüm korkusu ☐ Diğer

10.Sürekli kullandığınız bir ilaç/ ilaçlar var mı? Cevabınız evet ise lütfen hangi ilacı /ilaçları kullandığınızı belirtiniz.(Yanıtınız evet ise 30. Soruya; hayır ise 31. soruya geçiniz)

☐ Evet(belirtiniz).....
☐ Hayır

11.İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz/ kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12.Hastalığınıza özel diyet uyguluyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Ek-4. (devam) Anket Formu

13. 12.Soruya cevabınız evet ise diyet programınıza düzenli uyuyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

15. 14. Soruya cevabınız evet ise egzersiz türünüz nedir? :

☐ Yürüyüş

☐ Merdiven Çıkma

☐ Diğer

16.Hastalığınız yaşamınızı (is / aile) olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

17. 16. Soruya cevabınız evet ise nasıl etkilediğini belirtiniz.

.....

18. Hastalığınız Hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

19. Hastalığınızın tedavi ve bakımına yönelik bilgi aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

20. 19.Soruya cevabınız evet ise bilgi aldığınız kaynak ya da kaynakları belirtiniz.

☐ İnternet

☐ Arkadaş/komşu vb.

☐ Kitap/gazete vb.

☐ Doktor

☐ Hemşire

☐ Diğer (belirtiniz:.....)

Ek-5. Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet; olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından itibaren bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Ek-5. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık Hakkındaki Görüşler

Şuan ki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1.Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4.Böyle düşünüyorum

2.Böyle düşünmüyorum

5.Kesinlikle böyle düşünüyorum

3.Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1.Hastalığım kısa sürecek					
2.Hastalığım geçici olmaktan çok kalıcı					
3.Bu hastalık uzun sürecek					
4.Bu hastalık çabuk geçecek					
5.Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6.Ciddi bir hastalığım var					
7.Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8.Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9.Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10.Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11.Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12.Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14.Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16.Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17.Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

Ek-5. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
18.Hastalığım zamanla iyileşecek					
19.Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20.Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21.Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22.Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23.Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24.Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25.Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26.Hastalığımı anlamıyorum					
27.Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28.Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29.Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30.Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31.Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32.Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33.Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34.Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35.Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36.Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37.Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38.Hastalığım beni korkutuyor					

Ek-5. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalığının Nedenleri

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1.Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4.Böyle düşünüyorum

2.Böyle düşünmüyorum

5.Kesinlikle böyle düşünüyorum

3.Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
1.Stres ya da endişe					
2.Kalıtsal (irsi)					
3.Bir mikrop ya da virüs					
4.Diyet-yemek alışkanlıkları					
5.Şans ya da kötü talih					
6.Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
7.Çevre kirliliği					
8.Kendi davranışım					
9.Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10.Aile problemleri					
11.Aşırı çalışma					
12.Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
13.Yaşlanma					
14.Alkol					

Ek-5. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

15.Sigara içme					
16.Kaza ya da yaralanma					
17.Kişilik özelliklerim					
18.Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Ek-6. Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği

KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ARACI-HASTA FORMU

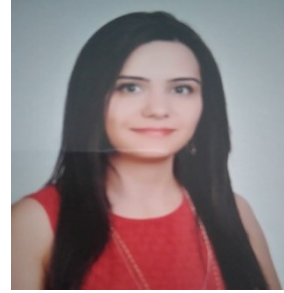
Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz**. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığınızla ilgili bakım aldığınızda;	Hiç bir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	1	2	3	4	5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	1	2	3	4	5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	1	2	3	4	5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	1	2	3	4	5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	1	2	3	4	5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	1	2	3	4	5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	1	2	3	4	5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	1	2	3	4	5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	1	2	3	4	5
10. Hastalığımın baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	1	2	3	4	5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	1	2	3	4	5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	1	2	3	4	5
14. Zor zamanlarım da bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	1	2	3	4	5
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	1	2	3	4	5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	1	2	3	4	5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	1	2	3	4	5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı	1	2	3	4	5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : Tekin, Hülya
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 03/10/1987, Ordu
Medeni hali : Evli
Telefon : 0 (312) 325 64 80
e-posta : hulyaoral@windowslive.com



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	2010
Lise	Etlik Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2005

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2011- Devam Ediyor	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce



GAZİ GELECEKTİR..

