

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETMEZLİĞİ OLAN BİREYLERDE
CİNSİYETİN HASTALIK ALGISINA
ETKİSİ**

SİNEM CİDDİ

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2010

DEU.HSI.MSc-2007970078

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETMEZLİĞİ OLAN BİREYLERDE
CİNSİYETİN HASTALIK ALGISINA
ETKİSİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SİNEM CİDDİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YARD. DOÇ. DR. HATİCE MERT

İZMİR- 2010

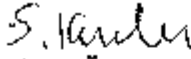
DEU.HSL.MSc-2007970078

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans öğrencisi Sinem Ciddi "**Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin
Hastalık Algısına Etkisi**" konulu Yüksek Lisans tezini 10.06.2010 tarihinde başarılı olarak
tamamlamıştır.



Jüri Başkanı

Yard.Doç.Dr. Hatice Mert



Jüri Üyesi

Yar.Doç.Dr. Sevgi Kızılcı



Jüri Üyesi

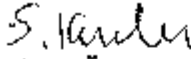
Doç.Dr. Ayşe Beşer

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans öğrencisi Sinem Ciddi "**Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin
Hastalık Algısına Etkisi**" konulu Yüksek Lisans tezini 10.06.2010 tarihinde başarılı olarak
tamamlamıştır.



Jüri Başkanı

Yard.Doç.Dr. Hatice Mert



Jüri Üyesi

Yar.Doç.Dr. Sevgi Kızılcı



Jüri Üyesi

Doç.Dr. Ayşe Beşer

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	2

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetmezliği	6
2.1.1. Epidemiyolojisi	6
2.1.2. Kalp Yetmezliğinin Etiyolojisi	7
2.1.3. Kalp yetmezliği Belirti ve Bulguları	8
2.1.4. Kalp Yetmezliği Sınıflandırması	11
2.1.5. Kalp Yetmezliğinde Tanı.....	13
Laboratuar Testleri	13
Elektrokardiyograf(EKG)	13
Ekokardiyografi (EKO)	13
Akciğer Filmi	13
Radyonüklid Çalışmalar	13
2.1.6. Kalp Yetmezliği Tedavisi.....	14
2.1.7. Kalp Yetmezliği Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı.....	15
2.1.8. Kalp Yetmezliğine Yönelik Hasta/Aile Eğitimi	18
2.2. Hastalık Algısı.....	20
2.2.1. Hastalık Algısı ve Hemşirelik.....	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer	26
3.3. Araştırmanın Örneklemi	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5. Veri Toplama Araçları	29
3.5.1 Kalp Yetmezliği Olan Bireyi Tanılama Formu (EK I)	29
3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği (EK II)	29
3.5.2.1. Ölçeğin Orjinali	29
3.5.2.2. Ölçeğin Alt Boyutları	30
3.5.2.3. Ölçeğin Yanıtlanması	33
3.5.2.4. Ölçeğin Türkçe'ye Uyarlanması	33
3.5.3. Birden Çok Hastalığa Sahip Olma İndeksi (Komorbidite İndeksi) (EK III)	35
3.6. Veri Toplama Süreci	35
3.7. Araştırma Planı	35
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları	36
3.10. Araştırma Etiği	36
3.11. Araştırma Bütçesi	36
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	44
6.2. Öneriler	45
7. KAYNAKLAR	46
8. EKLER	
EK I : Kalp Yetmezliği Olan Bireyi Tanılama Formu	51
EK II : Hastalık Algısı Ölçeği	52
EK III : Birden Çok Hastalığa Sahip Olma İndeksi (Komorbidite İndeksi)	55
EK IV : D.E.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurul Kararı	56
EK V : D.E.Ü Hastanesi İzin Belgesi	57
EK VI : Özgeçmiş	58

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. New York Kalp Birliği fonksiyonel sınıflaması ve özgül aktivite skalası.....	11
Tablo 2. ACC/ AHA kalp yetmezliği sınıflandırma sistemi.....	12
Tablo 3: Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	14
Tablo 4. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Cinsiyete Göre Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi	28
Tablo 5. Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları.....	34
Tablo 6. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Hastalık Algısı.....	37
Tablo 7. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Cinsiyete Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	38

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları	10
--	----

KISALTMA LİSTESİ

ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

AHA/ACC: Amerikan Kalp Birliği

ARB: Anjiyotensin II reseptör blokleri

BNP: Brain natriüretik peptit

BUN: Kan üre azotu

EKG: Elektrokardiyogram

ESC: Avrupa Kardiyoloji Birliği

HDL: Yüksek molekül ağırlıklı lipoprotein

KKY: Konjestif kalp yetmezliği

KY: Kalp yetmezliği

LDL: Düşük molekül ağırlıklı lipoprotein

METS: Metabolik ekivalan değeri (Metabolik eşdeğeri)

NSAİ: Nonsteroid antienflamatuvar ilaç

NYHA: New York Kalp Birliği Sınıflandırması

RAAS: Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi

SA: Sol atriyum

EF: Ejeksiyon fraksiyon

SV: Sol ventrikül

TNF-alfa: Tümör nekroz faktör alfa

HAPPY: Türkiye’de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması

KAH: Koroner arter hastalığı

AMI: Akut miyokard infarktüsü

HAÖ : Hastalık Algısı Ölçeği

IPQ : Illness Perception Questionnaire

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SS : Standart sapma

TEŐEKKÜR

Tezimin her aŐamasında bilimsel desteğinin yanı sıra manevi desteğini de gördüğüm tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice MERT'e,

Tezimi okuyarak geribildirimleriyle bana katkıda bulunan değerli hocalarım sayın Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI ve sayın Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e,

Araştırmanın yapılması için onay ve destek veren Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yetkililerine, eğitimim boyunca görev yaptığım Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde çalışma saatlerimi düzenleyerek destek olan klinik sorumlu hemŐiresi Zuhal BATURLAR'a Kardiyoloji Polikliniği'nde görev yapan hekim ve hemŐirelere,

Tez çalıŐmama katılımlarıyla destek sağlayan Bireylere,

Tezimin her aŐamasında beni destekleyen ailem, eğitimim boyunca bana destek olan sevgili niŐanlım İsmail TULUM'a ve arkadaşlarıma,

SONSUZ TEŐEKKÜRLER...

Sinem CİDDİ

İzmir-2010

ÖZET

KALP YETMEZLİĞİ OLAN BİREYLERDE CİNSİYETİN HASTALIK ALGISINA ETKİSİ

Sinem CİDDİ

DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

anemon_8316@hotmail.com

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kalp yetmezliği olan bireylerde cinsiyetin hastalık algısına etkisini incelemektir.

Yöntem: Karşılaştırmalı, tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma örneklemine bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğinde takip edilen 115 kalp yetmezliği hastası alınmıştır. Veriler kalp yetmezliği olan bireyi tanılama formu, komorbidite indeksi ve “Hastalık Algısı Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla semptom algıladıkları ($p<0.05$) ve duygusal temsiller puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$), buna karşılık erkeklerin risk etkenleri puan ortalamalarının kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Sonuç: Bu sonuçlara göre kadın ve erkeklerin spesifik endişelerine yönelik girişimlerin planlanması ve bu girişimlerin etkisinin incelenmesi, hastalık algısını etkileyen diğer değişkenlerin incelenmesi, hastaların risk etkenleri açısından ayrıntılı olarak incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kalp yetmezliği, hastalık algısı, hemşirelik, cinsiyet ve hastalık algısı, kalp yetmezliği ve hastalık algısı

ABSTRACT

THE EFFECT OF GENDER ON THE ILLNESS PERCEPTION IN INDIVIDUALS WITH HEART FAILURE

Sinem CİDDİ

DEU Institute of Health Sciences
anemon_8316@hotmail.com

Objective: The aim of this study is to investigate the effect of gender on the illness perception in individuals with heart failure.

Method: This is a comparative and a descriptive study. The sample group of the study consisted of 115 patients with cardiac failure that are being followed up in the cardiology polyclinic in a university hospital. The data are obtained from the individual diagnosis forms, the Comorbidity Index and the “Illness Perception Questionnaire”. The analysis of the data has been carried out using the chi-square test and the t-test.

Results: The perception of the symptoms has been statistically more significant in women than in men ($p<0.05$) and consequently, their emotional representation point means are differentially higher ($p<0.05$). On the other hand, the risk factor point means for men have been statistically higher than the averages for women ($p<0.001$).

Conclusion: In light of these findings, planning of initiatives towards the specific anxieties of male and female patients and the investigation of the effects of these initiatives, the investigation of other variables affecting the illness perception as well as the detailed investigation of the patients in terms of the risk factors are suggested.

Key Words: Heart failure, illness perception, nursing, gender and illness perception, heart failure and illness perception.

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kalp yetmezliği (KY) sık görülmesi, görülme sıklığının her geçen yıl artması ve çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir (Rosamond, Flegal, Friday et al., 2007; Cowie, Mosterd, Wood,1997; Task Force Report, 2001). Hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus v.b. hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının yeni tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin uzaması da kalp yetmezliği insidansını artırmaktadır. Kalp yetmezliği insidansı ve prevalansı artarken, mortalitesi de artmaktadır (Rosamond, Flegal, Friday et al., 2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde beş milyon kalp yetmezliği hastasının olduğu ve bu sayıya her yıl 550.000'nin üzerinde yeni kalp yetmezliği vakasının eklendiği rapor edilmiştir (Rosamond, Flegal, Friday et al., 2007). Türkiye'de yapılan kalp yetmezliği prevalansı ve belirleyicileri araştırmasına (Değertekin, 2007) göre, yaklaşık üç milyon kalp yetmezliği hastası bulunmaktadır.

Kalp yetmezliği, hastalığın akut alevlenmesine ve yıllık yaklaşık 50 bin kişinin ölümüne neden olan kronik bir hastalıktır (Rosamond, Flegal, Friday, et al., 2007). Kişi kalp yetmezliği gibi kronik bir hastalık tanısı aldığı anda bilişsel ve duygusal değerlendirme başlar. Bu da hastalık algısının oluşmasına neden olur. Hastalık algısı, kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, inançları, değerleri, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır (Leventhal, Contrada, Leventhal, 1998). Aynı zamanda bireyin sağlığını tehdit eden bir hastalığın anlamını ve önemini algılamasıdır (Cherrington, Moser, Lennie, Kennedy, et al., 2004). Leventhal ve arkadaşları (1998), her hastanın kendi "hastalık temsili modeli" oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu modele göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Bunlar her hastanın hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleridir. Bu model, bireylerin hastalıklarını kontrol edip edemeyeceklerine, tedavinin semptomları kontrol etmede yararlılığına ilişkin inançlarını ya da önerilen tedaviye uyum gösterip gösteremeyeceklerini belirler.

Yapılan çalışmalarda hastalık algısının bireyin bakım ve tedavisini etkilediği belirtilmektedir. Hastalık algısının, baş etme, tedaviye uyumu, kardiyak rehabilitasyona devam etme durumunu ve hastaneye yeniden yatışları etkilediği görülmektedir (Williams,

Healy, 2001; Cherrington, Moser, Lennie, Kennedy, et al., 2004; Cherrington, Lawson, Clark, 2006; Petrie, Cameron, Ellis, Buick, et al., 2002). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda yapılan bir çalışmada (n=49); hastalık algısının miyokard infarktüsü sonrası iyileşme üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Hastalığı negatif algılama ile komplikasyonlar arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (Cherrington, Moser, Lennie, Kennedy, et al., 2004). Yohannes, Yalfani, Doherty, Bundy (2007) hastaların kardiyak rehabilitasyona devam etmeme nedenlerini inceledikleri çalışmada, programı erken bırakan hastaların daha fazla sayıda semptom algıladıklarını, sonuçlarının daha az önemli olduğuna inandıklarını, kişisel kontrol algılarının daha yüksek, tedavi algılarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

Anjina veya miyokardiyal damar tıkanıklığı olan 253 hasta ile yapılan çalışmada, hastalık algısının kimlik boyutu ile özyeterlilik arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmada koroner kalp rahatsızlığı olan birçok hastanın, hastalıklarının kronik, kontrolün kendilerinde olduğu ve ilaç tedavisinin onların iyiliği için olduğu konusunda doktorlarıyla hemfikir olduğu belirtilmiştir (Lau- Walker, 2004). Aalto, Heijmans, Weinman, Aro (2005)'nin koroner kalp hastalığı olan bireylerde hastalık algısını incelediği çalışmada kadınların hastalıklarını daha az kontrol edilebilir ve daha fazla ilişkili semptom algıladığı, erkeklerin hastalığın sonuçlarını daha ciddi algıladığı bulunmuştur.

Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı, hastalığın tedavisi ve sonuçlarında önemli bir rol oynayabilir. Diyet ve sıvı alımını kontrol etmenin önemi, tıbbi tedavi ve semptomları sürekli izleme gerekliliği kalp yetmezliği olan hastaların günlük yaşamının önemli bir bölümüdür. Birçok kronik durumda olduğu gibi kalp yetmezliğinde de hastalık algısı sağlığa ilişkin davranışların tahmin edilmesini sağlamaktadır. Cherrington ve arkadaşları (2006), kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısını inceledikleri çalışmada (n=22) hastaların, kalp yetmezliğinin uzun süre devam edeceğini, periyodik olduğunu, ciddi sonuçları olduğunu, tedavi ile kontrol altına alınabileceğini düşündükleri ve kişisel kontrollerinin yüksek olduğuna inandıklarını, kalp yetmezliğini anladıklarını ve hastalıktan olumsuz etkilendiklerini bulmuşlardır. Bu çalışmada hastaların belirttiği semptom sayısı ortalamasının 6.6 olduğu, hastalıklarının nedeninin immünite ya da şansa bağlı olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Çalışmada hastalık algısı ile ejeksiyon fraksiyon yüzdesi arasında ilişki bulunmamıştır.

Kalp yetmezliğinin kronik bir hastalık olması nedeniyle bu bireylerin hastalık algılarının ve cinsiyete göre hastalık algısının etkilenip etkilenmediğinin belirlenmesi çok önemlidir. Hemşire primer olarak bakım verici rolünde olduğu için, bireylerin hastalık algısını incelemeli ve bu algının ba etme Şekli ve tutumlarını etkileyebileceğinin farkında olmalıdır. Hemşireler, hastaların hastalık algısını değerlendirerek tedaviye uyum sağlamada hastalara yardım edebilir. Bu algıları değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir ve hastalık ve tedavisi ile ilgili yanlış anlamaları düzeltebilir. Kadın ve erkeklerin durumlarını nasıl değerlendirdikleri, tedavilerini nasıl izlediklerine yönelik az Şey bilinmektedir. Eğer algı cinsiyete göre deđiŐiyorsa giriŐimler cinsiyete göre düzenlenebilir. Hemşirelerin hastalara ve ailelere doğru bilgi sağlamada önemli rolleri vardır ve hastaların algılarını değerlendirerek kadın ve erkeklerin spesifik endişelerine yönelik eğitim verebilir. Hastaların endişelerine odaklanarak etkili psikolojik danışmanlık sağlayabilir ve olumlu algıları geliştirebilir.

Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Literatürde hastalık algısı incelendiğinde pek çok çalışma olduğu görülmektedir. Ancak bu çalışmalar daha çok kanser, diyabet, solunum hastalığı ve romatizmal hastalığı olan bireylerle yapılmıştır. Kardiyovasküler problemi olan hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde miyokard infarktüsü, hipertansiyonu olan hastaların hastalık algısının incelendiği görülmektedir (Petrie, Weinman, Sharpe, Buckley, 1996; Cherrington, Moser, Lennie, Kennedy et al., 2004; Lau-Walker, 2004; Grace, Krepostman, Brooks, Arthur, et al, 2005; Aalto, Heijmans, Weinman, Aro, 2005). Ülkemizde kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık algısı ve cinsiyetin hastalık algısına etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaŐılamamıŐtır. Hastalık algısı ve cinsiyetin hastalık algısına etkisinin bilinmesi, kalp yetmezliği olan bireylere yardımda yol gösterici olacaktır.

1.2 AMAÇ

Bu çalışmanın amacı; kalp yetmezliği olan bireylerde cinsiyetin hastalık algısına etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KALP YETMEZLİĞİ

Kalp yetmezliği, kalbin dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayacak düzeyde kanı perifere pompalayamadığı ya da ancak dolum basıncı ile pompalayabildiği klinik bir durum olarak tanımlanmaktadır (Badır, 2010; Erol, 2004).

2.1.1.KALP YETMEZLİĞİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Kalp yetmezliği görülme sıklığının her geçen yıl artması ve çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir (Rosamond, Flegal, Friday et al., 2007; Cowie, Mosterd, Wood,1997; Task Force Report, 2001). Amerika Birleşik Devletleri'nde beş milyon kalp yetmezliği hastasının olduğu ve bu sayıya her yıl 550.000'nin üzerinde yeni kalp yetmezliği vakasının eklendiği rapor edilmiştir (Rosamond, Flegal, Friday et al., 2007). Avrupa ülkelerinde de kalp yetmezliği görülme sıklığı hızla artmaktadır. Kalp yetmezliği görülme sıklığı (insidansı) %0.3, rastlanma sıklığı (prevelansı) ise % 1-2 civarında olup, bu değerler yaşla birlikte artmaktadır (Erol, 2004).

Türkiye'de yapılan kalp yetmezliği prevelansı ve belirleyicileri araştırmasına (Değertekin, 2007) göre, Türkiye'.de yaklaşık üç milyon kalp yetmezliği hastası bulunmaktadır. Bu araştırmada KY vakalarının yaklaşık %48'inini diyastolik KY, %29'unu sistolik KY olan vakaların oluşturduğu, kadınların %0.22'sinin, erkeklerin %1.02'sinin ejeksiyon fraksiyon (EF) değerlerinin %40 ve altında olduğu belirtilmektedir. Kadınların %4.34'ü, erkeklerin %2.24'ü evre 2 diyastolik disfonksiyon grubunda olduğu saptanmıştır. Otuz beş yaş üstü nüfusta sistolik ve diyastolik disfonksiyon projeksiyonuna göre EF %40 ve altı olacak olan olgu sayısının 347.119, evre 2 diyastolik disfonksiyon olgu sayısının 1.841.156, evre3 diyastolik disfonksiyon olgu sayısının 68.191 olacağı öngörülmektedir. KY prevelansı daha genç bir nüfusa sahip olmamıza rağmen diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırılınca oldukça yüksektir. Kadınlar KY'de önemli risk grubunu oluşturmaktadır (Değertekin, 2007).

Altmış beş yaşın altındaki tüm yaş gruplarında kalp yetmezliği erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. Koroner kalp hastalıklarının erkeklerde daha fazla görülmesi bu durumu açıklayabilir. 75 yaşın üzerinde ise kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Kalp yetmezliği tanısı koyulan bireylerde prognoz erkeklerde kadınlara göre daha kötü olmakla birlikte kadınların bile tanı koyulduktan sonraki ortalama yaşam süreleri sadece %20'sinin 8-12 yıl kadardır. Genel popülasyon ile kıyaslandığında KY'li hastaların ölüm riski 6-9 kat kadar daha fazladır (Baykal, Sağlam, Yılmaz, Özkan ve ark, 2002).

2.1.2.KALP YETMEZLİĞİNİN ETYOLOJİSİ

Kalp yetmezliği en çok kalp kasının kasılma özelliğinin bozulması sonucu gelişir. Kalp yetmezliği; iskemik, hipertansif vb. nedenlerle oluşmuş miyokard hastalıkları, preload veya afterload'ı etkileyen mekanik anormallikler (kapak hastalıkları), doğumsal kalp hastalıkları, uzun süren ve diyastolik doluş süresini çok kısaltan taşiaritmiler başta olmak üzere aritmiler ve perikart hastalıkları gibi kalbin hemen her bölümünü ve işlevini ilgilendiren tüm kalp hastalıklarının son evresini oluşturur (Erol, 2004).

Koroner arter hastalığı (KAH), kalp yetmezliğinin en yaygın nedenidir. Akut miyokard infarktüsü (AMI) geçirmiş olmak, kalp yetmezliği gelişme riskini 4-6 kez artırır. Hipertansiyon, sol ventrikülün hem sistolik hem de diyastolik işlevlerinin bozulmasına yol açarken, KAH daha çok sistolik işlevlerin bozulmasına neden olur. Kalp yetmezliği olan hastalarda en sık görülen aritmiler, atriyal fibrilasyon, bradikardi, atriyoventriküler ve intraventriküler bloklardır. Alkol, miyokardı deprese ederek kardiyomyopatiye yol açabilir. İlaçların uygun olmayan şekilde kesilmesi ya da aşırı tuz kullanımı kompanse durumdaki kalp yetmezliğini dekompanse hale getirebilir (Badır, 2010).

2.1.3. KALP YETMEZLİĞİNDE BELİRTİ VE BULGULAR

Kalp yetmezliği semptomlarının bilinmesi hastalığın ilerlemesi ve alevlenmesini önlemek için önemlidir. Kalp yetmezliğinin karakteristik semptom ve bulguları, tipik olarak dinlenme sırasında ya da eforla nefes darlığı ve yorgunluk veya ayak bileklerinde şişmedir. (Erol 2004; TKD 2008 ESC Kılavuzu).

Kalp yetmezliğinin baskın ve en rahat fark edilen semptomu nefes darlığıdır. Bu semptom hastalar tarafından inspirasyon esnasında yeterince hava alamama hissi olarak tarif edilir. Kalp yetmezliğinde pulmoner konjesyona bağlı görülen solunum şekilleri dispne, ortopne ve paroksizmal nokturnal dispne (PND)'dir. Pulmoner konjesyona bağlı en sık semptom efor dispnesidir. Başlangıçta aşırı hareket ile gelişirken hastalık ilerledikçe istirahatte bile dispne gelişir. **Ortopne**, hasta sırtüstü yatar pozisyonda iken hissedilen dispnedir. Hastalar uykudan ani solunum güçlüğü ile uyanır ve oturma ihtiyacı duyarlar. Bu bulgunun nedeni, yatma esnasında, ayakta veya otururken yer çekimi nedeni ile alt ekstremitelerde toplanan kanın akciğerlere dönmesidir. İleri dönem rahat solunum için hasta tüm solunum kaslarını kullanır; hasta yatamaz hatta, göllenen kanın rahatlığından yararlanmak için, bacaklarını yataktan aşağıya sarkıtır. Çoğunlukla iki yastıkla yatarlar. **Paroksizmal Nokturnal Dispne (PND)**; hastanın uykusundan ileri derecede nefes darlığı ve sıkıntı ile uyanması ve kalkıp oturmasıdır. PND atakları gündüz nadir olup eforla ve heyecanla uyarılabilir. PND'nin gece olmasının nedenleri; sırt üstü yatınca, torasik kan volümü artar ve akciğer interstisyumuna sıvı geçer. Yatar pozisyonda diyafram da yükselir, uykuda sol ventrikülün adrenerjik desteği kalkar, solunum merkezi gece uykuda deprese olur. Gece öksürüğü de pulmoner konjesyonun başka bir ifadesidir. Pulmoner konjesyon varlığında akciğer muayenesinde raller duyulabilir. Pulmoner ödemi olan hastalarda wheezingde oluşabilir ve pulmoner effüzyonların varlığında solunum sesleri azalabilir. Şiddetli pulmoner konjesyon vakalarında hasta bariz takipneik olabilir. Hırıltılı solunum (wheezing) ve öksürük kalp yetmezliği olan hastaların sık görülen ek yakınmalarıdır. Pulmoner ödeme bağlı olarak gelişir. Beyaz ve pembe köpüklü balgamla birlikte görülebilir (Phipps, Sands, Marek, 1999; Badır, 2010; Dolar 2005).

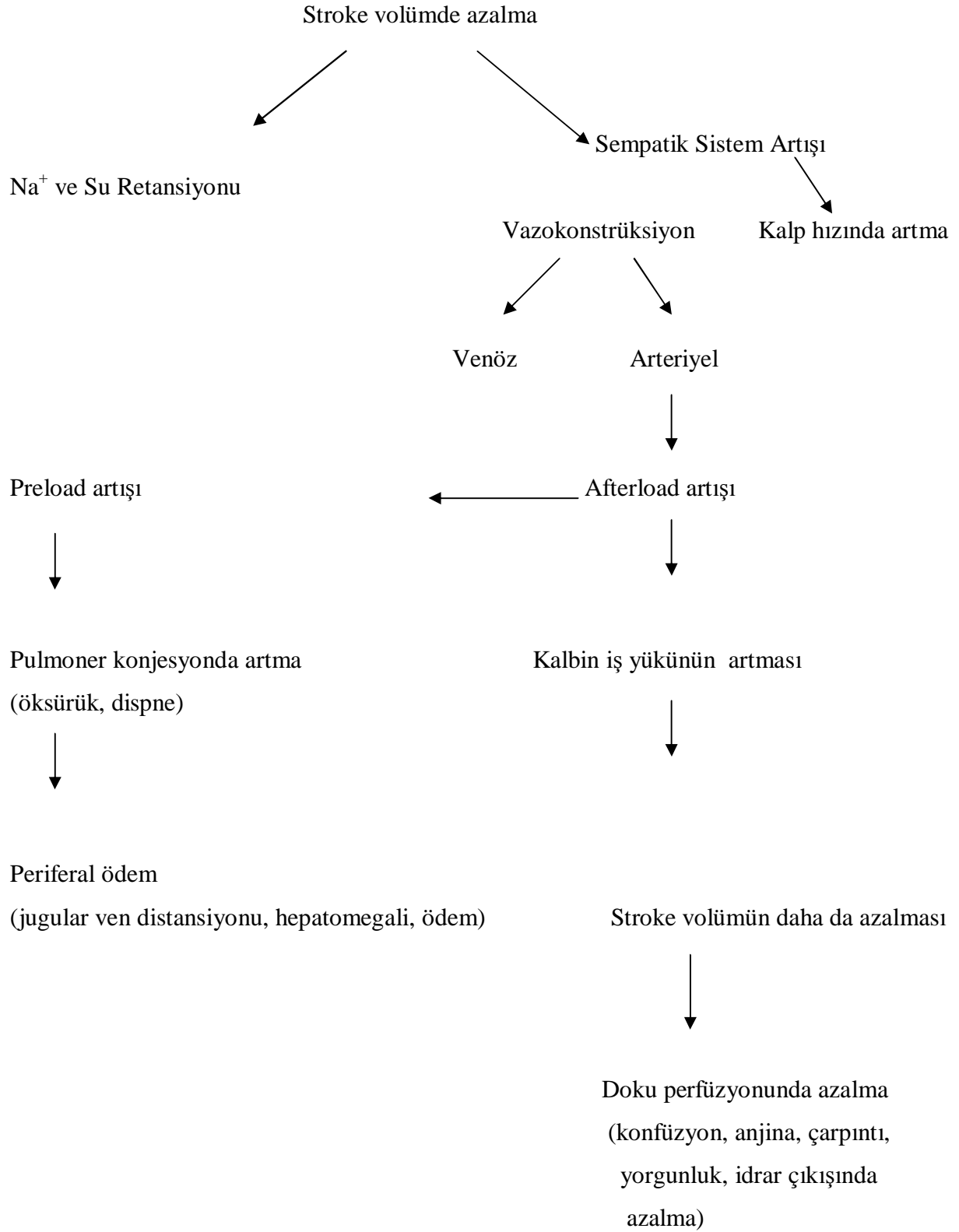
Sağ kalp yetmezliği olan hastalarda sistemik venoz konjesyon semptomları bulunabilir. En sık semptom periferik ödemdir. Özellikle yer çekiminin de etkisi ile önce ayak bileklerinde daha sonra bacakların alt kısımlarında “gode bırakan” ödem gelişir. İleri

dönemlerde anazarka tipinde ödemler görülür. Hastalar ayakkabının sıkıldığını ve çorapların iz bıraktığını fark ederler. Sağ ventrikül yetmezliğinin gelişmesi ile çevre dokularda ödem ortaya çıkar. Sağ hipokondriyumda dolgunluk hissi geriye doğru biriken kanın karaciğeri büyütmesi ile ortaya çıkar. Biriken kan zamanla karaciğer fonksiyonlarını da bozar bu bozukluk günümüzde pek görülmeyen kalp nedenli siroza neden olabilir. Gelişen portal hipertansiyon nedeniyle karında şişlik (ascites) görülebilir. Yüksek sistemik venöz basınç nedeni ile karaciğerin büyüyerek kapsülünün gerilmesi sağ üst kadranda ağrıya neden olabilir. Şiddetli sağ kalp yetmezliğinde asit ve hepatik konjesyon, karın ağrısı veya bulantı gibi gastrointestinal semptomlara yol açabilir. Hasta midesinde sürekli doygunluk hissi nedeniyle yemek yeme isteğini kaybeder (Dolar 2005; Badır, 2010; Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheeser, 2010; Dolar, 2005).

Düşük kardiyak debiyeye bağlanabilir semptomlar; yorgunluk, egzersiz toleransında azalma ve mental durum değişikliğini içerir. Sistolik sol ve sağ kalp yetmezliğinde meydana gelen düşük kardiyak output, iskelet kaslarının fonksiyonu için gerekli metabolitlerin yeterli miktarda taşınmamasına ve dokulardan uzaklaştırılmamasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda hastada egzersiz intoleransı ve musküler atrofi meydana gelebilmektedir. Dokuların ihtiyacı olan oksijen karşılanamadığı için yorgunluk ve halsizlik oluşur. Hasta günlük yaşam aktivitelerinde hatta dinlenme anında bile yorgunluk hissedebilir. Telafi mekanizmaları nedeniyle ortaya çıkan taşikardi hasta tarafından hissedilebilir ve çarpıntı olarak isimlendirilebilir (Dolar 2005; Phipps, Sands, Marek, 1999; Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheeser, 2010).

Kalp yetmezliği belirti ve bulguları Şekil 1’de özetlenmiştir.

Şekil 1. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları



Kaynak: Phipps W, Sands J, Marek J. Heart Failure. Medical Surgical Nursing (Concepts and Clinical Practice), Sixth Edition, Philadelphia, 1999.

2.1.4. KALP YETMEZLİĞİ SINIFLANDIRMASI

NewYorkKalpBirliği (NYHA) İşlevsel Sınıflandırması

Kalp yetmezliğinin prognozu hakkında bilgi veren ve fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmede kullanılan NYHA sınıflandırması hastanın öyküsüne göre belirlenen bir sınıflandırmadır. Buna göre hastalar semptom oluşana kadar yapabildikleri efor düzeyine göre grup I'den grup IV'e kadar olan sınıflara ayrılır. NYHA sınıflarına uygun özgül aktivite çizelgesi yapılabilmektedir (Tablo 1) (Eugene, 2005).

Tablo 1: NewYork Kalp Birliği fonksiyonel sınıflaması ve özgül aktivite skalası

Sınıf I	Kalp hastalığı olup fiziksel aktivite kısıtlılığı olmayan hastalardır. Sıradan bir fiziksel aktiviteyle nefes darlığı ya da yorgunluk oluşmamaktadır.	Hastalar ≤ 7 metabolik eşdeğeri (METS) enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar. Basketbol, kayak, hentbol, 5 mil/saat yürüme gibi
Sınıf II	Kalp hastalığı olup fiziksel aktivite açısından hafif bir kısıtlılığı olan hastalardır. Dinlenme sırasında asemptomatiklerdir. Ancak sıradan bir fiziksel aktivite nefes darlığı ya da yorgunluk oluşturmaktadır.	Hastalar ≤ 5 METS enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar Dans, bahçe işi, cinsel aktivite, 4 mil/saat yürüme. Hastalar ≥ 7 METS enerji gerektiren aktiviteleri yapamazlar
Sınıf III	Kalp hastalığı olup fiziksel aktivite açısından belirgin derecede kısıtlanmış olan hastalardır. Dinlenme sırasında asemptomatiklerdir. Ancak sıradan bir fiziksel aktiviteden daha az aktivite bile nefes darlığı ya da yorgunluk oluşturmaktadır.	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.
Sınıf IV	Kalp hastalığı olup herhangi bir fiziksel aktiviteyi rahatsızlık hissetmeden sürdüremeyen hastalardır. Kalp yetmezliği semptomları dinlenme sırasında da vardır.	Hastalar ≥ 2 METS enerji gerektiren aktiviteleri kesin yapamaz Hastalar sınıf III kalp yetmezliğinde belirtilen hiçbir aktiviteyi gerçekleştiremez

METS: Metabolik eşdeğeri

Amerikan Kalp Birliği (AHA/ACC) NYHA sınıflandırmasını da içine alacak şekilde yeni bir sınıflandırma tanımlamıştır. Bu yeni sınıflandırma büyük ölçüde hastaların klinik durumuna dayalıdır ve hekimlerin tedavilerini özgül hasta alt gruplarına odaklanmış biçimde yönlendirmesine izin vermektedir (Tablo 2). Hastalar genelde bu sınıflandırmada ileriye doğru gidiş gösteriyor gibi olsalar da bazen D’den C’ye gerileme görülebilir (Bristow, 2001).

Tablo 2: ACC/AHA kalp yetmezliği sınıflandırma sistemi

Evre	Tanım	Örnek
A	Kalp yapılarında saptanan bir anormallik olmamasına rağmen kalp yetmezliği gelişimi için yüksek riskli olan hastalar	Sistemik hipertansiyon, kardiyotoksik ajan kullanımı, koroner arter hastalığı, alkol kullanımı
B	Kalp yetmezliği gelişimi için yüksek risk taşıyıp yapısal anormallik gelişen ancak kalp yetmezliği semptom ve bulguları gelişmeyen hastalar	Asemptomatik kapak hastalığı, kardiyak hipertrofi-fibrozis, kardiyak dilatasyon, hipokontraktilite ve eski miyokart enfarktüsü
C	Altta yatan yapısal kalp hastalığı ile beraber geçmişte veya halen kalp yetmezliği semptomları olan hastalar	Nefes darlığı veya egzersize intoleransı olan hastalar, asemptomatik olup geçmiş semptomları için tedavi alan hastalar
D	İleri yapısal kalp hastalığı olan ve maksimal ilaç tedavisine rağmen dinlenme sırasında bile kalp yetmezliği semptomları olan hastalar	Sık hastaneye yatan veya güvenli biçimde taburcu edilemeyen hastalar, transplantasyon adayları, yardımcı kalp cihazları olanlar

2.1.5. KALP YETMEZLİĞİNDE TANI

Laboratuvar Testleri

Tam kan sayımı, kan üre nitrojeni ve kreatinin düzeyleri, karaciğer fonksiyonlarını gösteren, AST, ALT, LDH, albumin, globulin, PT, INR düzeyleri ve özellikle atriyal fibrilasyonu olan ya da 65 yaşın üstündeki hastalarda tiroid stimulan hormon, T₄, arter kan gazları ve tam idrar analizi yakından izlenen laboratuvar testleridir (Badır, 2010; Dolar, 2005).

Elektrokardiyografi (EKG)

Sol ventrikül yetmezliğinde EKG’de sol ventrikül hipertrofisi, sol atriyum genişlemesi, aritmiler; sağ ventrikül yetmezliğinde; sağ ventrikül hipertrofisi, sağ atriyum genişlemesi, total kalp yetmezliğinde bütün odalarda hipertrofi ve genişleme bulguları vardır (Badır, 2010; Dolar, 2005).

Ekokardiyografi (EKO)

EKO ile sol ventrikül duvar kalınlığı, çapı, kapakların durumu, perikardiyal effüzyon varlığı, sistolik ve diyastolik işlevler değerlendirilir. Ejeksiyon fraksiyonunda azalma olması KY tanısında önemli bir bulgudur. Ejeksiyon fraksiyon; kalp atım hacminin, ilgili kalp ventrikülündeki diyastol sonu hacime bölünmesiyle elde edilmektedir; genişlemiş ya da normal sol ventrikül diyastol sonu hacimleri arasındaki ayırmda EF değerinin %40’ın altında yada üstünde olması temel alınmaktadır. EF değerinin %35-40’ın altında olması sistolik işlevlerin bozukluğunu gösterir (TKD 2008 ESC Kılavuzu; Eugene, 2005; Badır, 2010; Dolar, 2005).

Akciğer Filmi

Kalp büyümesini değerlendirmede, sağ ve sol ventriküler büyümeyi ayırt etme ve akciğerlerde sıvı birikimi olup olmadığını değerlendirmede kullanılır (Eugene, 2005; Badır, 2010; Bristow, 2001; Dolar, 2005).

Radionüklid Çalışmalar

Talyum sintigrafisi, tek foton yayan bilgisayarlı tomografi kullanılarak yapılan radionüklid çalışmalar hem ejeksiyon fraksiyonunu belirlemede hem de altta yatan kalp hastalığını saptamada değerli ve güvenilir yöntemlerdir (Dolar, 2005; Bristow, 2001).

2.1.6. KALP YETMEZLİĞİ TEDAVİSİ

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 (Eugene, 2005; Badır, 2010; Bristow,2001).

Bu amaçlara yönelik en sık kullanılan farmakolojik tedavi yöntemleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

İlaç Grubu	Etki mekanizması	Dikkat edilmesi gerekenler
Anjiyotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri (ACEİ)	Pulmoner konjesyonu azaltır, arterlerde vazodilatasyon yaparak periferik direnci düşürür, ard yükü azaltır ve kalp debisinde artış sağlar	Kan basıncının sık aralıklarla kontrolü önemlidir. Böbrek işlevlerinde bozulmaya neden olabilecekleri için günlük sıvı ve kilo kontrolü önemlidir (Dolar, 2005; Badır, 2010; Bristow, 2001).
AnjiyotensinII Reseptör Blokerleri (ARB)	Anjiyotensin II reseptörlerine etki ederek Anjiyotensin II salınımını bloke eder	
Beta Blokerler	Ejeksiyon fraksiyonu düzeltir, ventrikül hacmini küçültür, atım basıncını arttırır (Erol, 2004; Korkmaz, 2003; Dolar, 2005).	İlacın ani olarak kesilmemesi gerektiği anlatılır. İlacı kullanırken, arter basıncı ve nabız kontrolü yapılır. Sistolik kan basıncı 100 mmHg'nın, nabız sayısı dakikada 60'ın altında ise ilaç dozu atlanır (Eugene, 2005; Badır, 2010; Erol, 2004; Kızıl, 2008).
Diüretikler	Sıvı volüm yükünü azaltır (Badır, 2010; Erol, 2004; Bristow, 2001).	Kan elektrolit düzeyi kontrolü önemlidir. Günlük kilo izlemi yapılmalıdır.

Dijital Grubu İlaçlar	Myokart kontraktilesini artırırken, kalp hızını azaltıp, atriyoventriküler iletiyi yavaşlatır (Badır, 2010; Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheeser, 2010).	Dijitale bağlı zehirlenme belirti ve bulguları hasta ve ailesine anlatılır. Yemeklerle birlikte alındığında emilimi azaldığı için yemekten bir saat önce ya da iki saat sonra alınır. Düzenli aralıklarla kan düzeyi kontrol edilmelidir.
Kalsiyum Kanal Blokerleri	Koronar arter düz kaslarını gevşeterek dilatasyon oluştururlar. Kalp hızını ve ön yükü azaltırlar (Eugene, 2005; Badır, 2010; Erol, 2004; Kızıl, 2008).	İlacı kullanırken, arter basıncı ve nabız kontrolü yapılır. Sistolik kan basıncı 100 mmmHg'nın, nabız sayısı dakikada 60'ın altında ise ilaç dozu atlanır

2.1.7. KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Kalp Yetmezliği, KY Tedavisinde Kullanılan Bazı İlaçlar ve Aşırı Su ve Sodyum Alımına Bağlı Sıvı-Volüm Fazlalığı

Hastalara, (tercihen rutin günlük aktivitelerinin bir parçası şeklinde, örneğin her sabah tuvalet sonrası), düzenli olarak tartılarak kilolarını kontrol etmeleri ve 3 gün içerisinde >2 kg'dan fazla ani ve beklenmeyen bir kilo artışı tespit ettikleri takdirde, hemen doktorlarına haber vermeleri veya diüretik dozlarını buna uygun şekilde değiştirmeleri (örn., sürekli bir kilo artışı tespit ederlerse dozu artırmaları) önerilir. Fazla kiloların azaltılması için bir beslenme uzmanından yardım alınabilir (Badır, 2010).

Diyetteki tuz miktarının kontrolü, hafif derecede kalp yetmezliğinde, ağır kalp yetmezliğinden daha önemli bir sorundur. Yemek tuzu, %40 oranında sodyum, %60 oranında klor içermektedir. Besinlerin içinde günlük gereksinimi karşılayacak kadar tuz doğal olarak bulunduğu için yemekler pişirilirken ya da yenirken tuz ilave edilmese de günlük gereksinim karşılanabilir. Günde 2-3 gram sodyum alımı (1çay kaşığı, 2g sodyum içerir) yeterlidir. Yemek masasından tuzun kaldırılması, pişirilirken tuz ilave edilmemesi günlük tuz alımını kısıtlamak için yeterlidir. Yemekleri lezzetlendirmek için tuz yerine baharat kullanılabilir. Konserveler ve hazır gıdalar daha fazla tuz içerdiği için sakıncalıdır. Bunların yerine taze

gıdaların tercih edilmesi önerilir. Sodyum bikarbonat (1çay kaşığı, 250mg sodyum içerir) içeren kabartma tozu ya da yemek sodası, kola maden suyu, tuzlu kuruyemişler (fındık, fıstık, mısır gevreği, tuzlu kraker, patates cipsi), salam, sosis, pastırma, sucuk, salamuralar, turşular, kurutulmuş, tütsülenmiş ya da tuzlama yapılmış yiyecek ve içecekler tuz içerdiği için alınmaları sakıncalıdır (Badır, 2010; Phipps, Sands, Marek, 1999).

İleri derecede kalp yetmezliği olan hastalara, hiponatremi olsun-olmasın, sıvı kontrolü hakkında bilgi verilmelidir. Ancak sıvı kısıtlamasının tam miktarı bilinmemektedir. Pratikte, ilerlemiş kalp yetmezliğinde, 1.5–2 L/gün şeklinde bir sıvı kısıtlaması önerilir. Günlük sıvı alımı sadece vücutta su tutulumu, ödemin olduğu durumlarda kısıtlanır. Aksi belirtilmediği sürece günlük sıvı alımı (2-2,5L) normal olarak sürdürülür (Badır, 2010; Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheeser, 2010).

Gastrointestinal Sistemde Venöz Konjesyona ve Yorgunluk ile İlgili İştahsızlık ve Bulantıya Bağlı Beslenmede Değişim

Yemeklerin az miktarlar halinde sık yenmesi önerilir. Kilo kontrolü her gün aynı saat, aynı tartı, aynı giysilerle yapılır. Ağır KY'li hastaların yaklaşık %50'sinde klinik veya subklinik malnütrisyon vardır. Kilo kaybıyla birlikte total vücut yağının ve yağsız vücut kütlelerinin de kaybedilmesi durumuna kardiyak kaşeksi adı verilir. Kardiyak kaşeksi sağ kalımın azaldığının önemli bir göstergesidir. Kalp ve sinir sistemi işlevlerinin sürdürülmesinde potasyum ve magnezyum önemli minerallerdir. KY tedavisinde kullanılan bazı diüretik ilaçlar vücuttan bu minerallerin kaybına neden olduğu için potasyumdan zengin gıdaların alınmasına (muz, üzüm, domates, kayısı, nektarin) özen gösterilmelidir. Magnezyum alımının da (fındık, kümes hayvanlarının eti, yeşil sebzeler, narenciye grubu, fasulye, bakla, bezelye) artırılması gerekebilir (Badır, 2010; TKD 2008 ESC Kılavuz; Birol, 2005).

Düşük Kalp Debisi Sonucu Oksijen İstem ve Sunum Dengesizliğine Bağlı Aktivite İntoleransı

Akut kalp yetmezliğinde ya da KY'nin aktivasyonunda, fiziksel istirahat veya yatak istirahati önerilir. Egzersiz iskelet kası fonksiyonunu geliştirir ve buna bağlı olarak toplam fonksiyonel kapasiteyi artırır. Hastalara günlük fiziksel aktivitelerini ve boş zamanlardaki aktivitelerini, semptomlarını başlatmayacak şekilde nasıl gerçekleştirebilecekleri konusunda önerilerde bulunmak ve onları bu konuda cesaretlendirmek gereklidir. NYHA sınıf II-III içindeki stabil hastalara, egzersiz eğitim programları öğretilmelidir. Kalp yetmezliği kompanse durumda

olan hastalar diyetlerine uymadıkları zaman dekompanse duruma girebilir, aşırı ısı veya nem, aşırı yorgunluk, anemi, gebelik, hipertiroidizm veya infeksiyon vücudun metabolik gereksinimini artırarak kalp yetmezliğini şiddetlendirebilir. Kompense durumdaki bir hastada aniden başlayan bir ritim bozukluğu (atriyal fibrilasyon gibi) dekompanseasyona neden olabilir (TKD 2008 ESC Kılavuzu; Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheeser, 2010).

Alveolakapiller Alanda Sıvı Birikimine Bağlı Gaz Değişiminde Bozulma

Alveoler kapiller membranda oksijenasyon ve karbondioksit değişiminin yetersiz olduğu durum olarak tanımlanır. Konjestif akciğerlerden geçen kanın etkisiz oksijenasyonu, oksijen içeriğini önemli ölçüde düşürür. Hasta çok rahat ve iyi bir dinlenmeye gereksinim duyar, çünkü istirahat hastanın yorgunluk ve solunum sıkıntısını azaltır. Hemşire, solunum sayısı, derinliği, kolay olup olmadığı, solunum sesleri, cilt rengi, ve gerekirse oksimetre takibi ile yeterli gaz değişimi olup olmadığını sürekli izlemelidir. Hastaya etkili pozisyon verme ile gaz değişimi sağlanabilir. Hastanın yatağı 20-30 derece yükseltilebilir ya da ayarlı koltuklar aynı şekilde sabitlenebilir. Bu pozisyon, kalbe akciğerlere olan venöz dönüşü ve böylece pulmoner konjesyonu azaltır. Karaciğerin diyafragmaya olan basısını en aza indirir. Eğer pulmoner konjesyon mevcutsa konforlu koltuklar avantajlıdır, çünkü bu koltuklara verilen dikey hasta pozisyonu ile akciğerlerden sıvının geri dönüşü en iyi şekilde sağlanmaktadır. Pozisyona bağlı olarak alt ekstremitelerde ve lumbosakral bölgede ödem görülebilir. Hastaların oksijenasyonunun rahat sağlanması için sağ lateral pozisyon önerilmektedir (Korkmaz, 2003; Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheeser, 2010).

Yetersiz Doku Perfüzyonu Sonucu Oluşan Huzursuzluk ve Solunum Sıkıntısına Bağlı Anksiyete

Hastada kalp yetmezliğine bağlı oksijenasyonu sürdürmede zorluk olduğu için, yorgunluk, solunum sıkıntısı nedeniyle kendilerini bunalmış hissederler. Bu semptomlar genellikle geceleri artma eğilimindedir. Yatak başının kaldırılması ve ışığın açık bırakılması yaralı olabilir. Aile üyelerinden birinin hazır bulunması bazı bireylerin güveninin yeniden kazanılması için gereklidir. Hastanın konforunu arttırmak için ya da solunumun yavaşlaması gibi akut durumlar sırasında oksijen verilebilir. Düşük dozda verilen morfin ve uykuyu kolaylaştırmak için verilen hipnotikler bu hastalardaki aşırı dispnenin nedeni olabilirler. Geceleri yatağından çıkmakta ısrar eden hasta, konforlu bir koltukta rahat edebilir. İyi düzeyde serebral ve sistemik sirkülasyonla hastaya kaliteli bir uyku sağlanabilir (Badır, 2010; TKD 2008 ESC Kılavuzu; Korkmaz, 2003).

2.1.8. KALP YETMEZLİĞİNE YÖNELİK HASTA/AİLE EĞİTİMİ

Genel Danışmanlık: Hastaların ve ailelerinin eğitilmesi KY'li hastalara ve yakınlarına genel öneriler anlatılmalıdır. Kalp yetmezliğinin tanımı, nedenleri, fizyopatolojisi, belirti ve bulguları, kalp yetmezliğinin ağırlaştığını gösteren belirti ve bulgular, belirti ve bulgular artarsa ne yapılacağı, günlük kilo ve sıvı izlemi ve nasıl yapılacağı, tedavi/ bakım planı, tedavi/ bakım planı içinde hasta ve ailenin yeri ve önemi, sigarayı bırakmanın önemi anlatılmalıdır (Biol, 2005).

Sigara: Sigara kullanımı her zaman engellenmelidir. Sigarayı bırakmak için yardım alınması konusunda hastalar cesaretlendirilmelidir. Bunun için nikotin replasman tedavileri uygulanabilir (TKD 2008 ESC Kılavuzu).

Aşılama Konusunda Öneriler

Aşıların kalp yetmezliği olan hastalara etkileri konusunda belgelenmiş bir kanıt yoktur. influenza aşısı yaygın olarak kullanılmaktadır (TKD 2008 ESC Kılavuzu).

Diyet Önerileri

Alkol: Alkolün yasaklandığı alkolik kardiyomiyopati dışındaki hastaların, orta derecede alkol almasına (günde bir bira, 1–2 bardak şarap) izin verilir. Alkol kullanımı günlük 40ml viski, 250ml şarap, 600ml bira ile sınırlandırılır (TKD 2008 ESC Kılavuzu; Badır, 2010).

Su-sodyum kısıtlaması

Besinlerin içinde günlük gereksinimi karşılayacak kadar tuz doğal olarak bulunduğu için yemekler pişirilirken ya da yenirken tuz ilave edilmese de günlük gereksinim karşılanabilir. Yemek masasından tuzun kaldırılması, pişirilken tuz ilave edilmemesi günlük tuz alımını kısıtlamak için yeterlidir. Yemekleri lezzetlendirmek için tuz yerine baharat kullanılabilir (Badır, 2010). İleri derecede kalp yetmezliği olan hastalara, hiponatremi olsun-olmasın, sıvı kontrolü hakkında bilgi verilmelidir. Günlük sıvı alımı sadece vücutta su tutulumu, ödemin olduğu durumlarda kısıtlanır. Aksi belirtilmediği sürece günlük sıvı alımı (2-2,5L) normal olarak sürdürülür (Badır, 2010; TKD 2008 ESC Kılavuzu).

Aktivite/Dinlenme Önerileri

Seyahat: Yüksek irtifadan ya da aşırı sıcak veya nemli bölgelerden kaçınmak gerekir. Genel olarak diğer araçlarla yapılan uzun yolculuklar yerine, kısa uçak yolculukları tercih edilmelidir (Badır, 2010; TKD 2008 ESC Kılavuzu).

Cinsel Aktivite: Cinsel aktivite konusunda kesin önerilerde bulunmak mümkün değildir. Sağlık durumu çok ağır olmayan ancak cinsel aktiviteden korkan hastalara, hatta onlardan daha fazla korkan eşlerine bazı önerilerde bulunulabilir ve bazen çift konunun uzmanlarına gönderilebilir. Kalp yetmezliği tedavilerinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir. Cinsel ilişki, iki kat merdiven çıkma ile aynı aktivite düzeyindedir. Cinsel ilişki sırasında kalp hızı, arter kan basıncı ve solunum sayısı artar. Ancak bu artış uzun süreli değildir. Cinsel ilişki için rahat ve yorgun olunmayan zamanın seçimi, çok sıcak ve soğuk ortamdan kaçınma, ağır bir yemekten ya da alkol aldıktan sonra cinsel ilişkide bulunmama ve en rahat pozisyonu seçme önerilir. İlaçların cinsel yaşam üzerinde etkisi olup olmadığı da kontrol edilmelidir (Badır, 2010; TKD 2008 ESC Kılavuzu).

İlaçların Kullanımı

İlaçlar: KY'li hastalar genellikle kendilerini iyi hissettiklerinde ilaçlarını almayı bırakırlar ve bu nedenle acil servislere en sık başvuran hasta grubudurlar. Hastalar, kullandıkları ilacın adı, günlük dozu, bir tablet ya da kapsülün kaç mg olduğunu, nerede saklanması gerektiğini, bir doz unutulduğunda ne yapılacağını, yan etkilerini, özel bir kullanım talimatı olup olmadığını mutlaka öğrenmelidir. Semptomlarda ve vücut ağırlığında (sıvı dengesi) tespit edilen değişikliklere göre diüretik dozunun hasta tarafından (pratik ise) ayarlanması tavsiye edilmelidir. Önceden kişiye göre belirlenmiş sınırlar içerisinde, hastalar kendi diüretik dozlarını değiştirebilirler (TKD 2008 ESC Kılavuzu; Korkmaz, 2003).

Kaçınılacak veya Uzak Durulacak İlaçlar

Aşağıdaki ilaçlar, herhangi bir kalp yetmezliği tedavisi ile birlikte verildiğinde dikkatle kullanılmalı ya da kullanılmamalıdır:

- (i) Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ'ler) ve koksibler
- (ii) Sınıf I anti-aritmik ilaçlar
- (iii) Kalsiyum antagonistleri (verapamil, diltiazem ve kısa-etkili dihidropiridin türevleri)
- (iv) Trisiklik antidepresanlar
- (v) Kortikosteroidler
- (vi) Lityum (Badır, 2010; TKD 2008 ESC Kılavuzu).

2.2. HASTALIK ALGISI

Hastalık tanımı, bireyin sağlık tehdidinin veya bir hastalığın anlam ve önemini algılamasıdır. Birçok kronik hastalık durumunda hastalık tanımı sağlığa ilişkin davranışları tahmin eder (Cherrington, Lawson, Clark, 2006). Hastalık durumu, biyopsikososyal bir varlık olarak tanımladığımız 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 (Biro, 2005).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Bireyler, herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle bu tehdit karşısında bilişsel modeller geliştirirler ve bu durum zihinsel ifadelerin yanıtlarını belirler (Petrie, Weinman 2006). Bilişsel yaklaşımın temelinde bireylerin yeni deneyimleri anlamlandırmak ve davranışlarını planlamak için geçmiş deneyimlerini yansıtan modeller, zihinsel temsiller ya da şemalar geliştirdikleri anlayışı yer alır. Bilişsel yaklaşıma göre benlik saygısı ve beklentilerle ilgili olarak oluşmuş şemalar kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz duygular geliştirmesine neden olur. Kişi geçmişine bağlı olarak oluşturduğu akılcı olmayan şemalarla yaşantılarını bir araya getirir, formüle eder ve çözümler. Ayrıca bazı mantık hataları yaparak kendisini ve olayları değerlendirir. Böylece kendilik algısındaki çarpıtmalardan (hak etmiyorum, yetersizim, hatalıyım), çevrenin çarpık algılanmasından (beni reddediyorlar, çok şey istiyorlar, mahrum bırakıyorlar) ve geleceğe yönelik karamsar bir bakış açısından (“her şey boş”, “anlamsız”, “umut yok”) oluşan bilişsel üçgen oluşur (Alsén, 2009; Cherrington et al,2004; Cherrington et al 2006; Armay ve ark, 2007).

Hastalık durumunda da bireyler, yaşadıkları sorunları anlamlandırmak ve onlarla baş etmek için kendi hastalık temsili modellerini geliştirirler. Leventhal ve ark. hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme düzeneklerini geliştirdiklerini ileri sürmüşler ve kendini **ayarlama** (selfregulatory) kuramını geliştirmişlerdir. Kendini ayarlama kuramına göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şematik temsiller oluştururlar. Kendini ayarlama modeline göre içsel uyarılar (belirtilerin nasıl yaşandığı) ve dış uyarılar (risk bilgisi, bir yakının hastalanmasına şahit olmak) bilişsel ve duygusal tepkileri tetikleyebilir. Bu temsillere dayanarak kişiler algıladıkları tehditle baş etmek üzere belirli bir plan oluştururlar. Belirli bir baş etme stratejisinin başarısı değerlendirilir ve değiştirilebilir. Sağlık çalışanlarının yanı sıra

sosyal ortamlardan, medyadan ya da kişilerin şahsi deneyimlerinden elde edilen bilgiler bu temsillerin oluşmasında rol oynar. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Hastaların hastalıklarıyla baş etme modelleri baş etmeyi belirleyen çeşitli faktörlere dayanmaktadır. Hastalık algısı modeline göre kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur (Alsén, 2009; Cherrington et al,2004; Cherrington et al 2006; Armay ve ark, 2007).

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. Çoğu insan soğuk algınlığı ya da besin zehirlenmesi gibi sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilmektedir fakat başka hastalıklara gelince belirsiz fikirleri vardır. Buna rağmen hastalar tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla inanışlar geliştirirler. Kimlik bileşeninin önemli yanı, hastalığın semptomları hakkındaki bakış açısı, tedaviyi düzenleyen sağlık profesyonellerinin bakış açısından çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki bile olmasa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler (Petrie, Weinman, 2006). Tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığın görüldüğüne dair inanışlar geliştirirler. Yaygın görülen hastalıklar hakkındaki yorumları stres veya hava kirliliği gibi hissedilen sağlığa zararlı durumlar üzerine yapılmaktadır. Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede veya mantıklı yollarla hastalığını kontrol altında tutması için gereken değişikliklerde önemlidir. Mesela bir kalp hastası hastalığının sebebinin sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini bırakacaktır. Başka hastalıklarda nedensel inanışlar, özellikle hasta kendini suçluyorsa duygusal cevabı da etkilemektedir (Petrie, Weinman 2006). Akuttan kroniğe değişen zamansal inanışlar vardır. Mesela HT hastalarında olduğu gibi hastalar hastalıklarını son zamanlarda ne kadar fazla stres altında olduklarına bağlayabilirler. İlaç alımı ile zamansal inanışlar önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler. Zamansal ve nedensel ilişkiler bununla doğrudan bağlantılıdır (Petrie, Weinman 2006). 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. Son bileşen ise hastanın

hastalığının sonucu hakkındaki algısıdır. Bu genellikle hastalığın iş, aile, yaşam şekli ve ekonomik durumu üzerine etkilerini kapsar (Petrie, Weinman 2006).

Hastalık algısı bireylerin tedaviye uyum gibi hastalığa ilişkin davranışlarını ve baş etme becerilerini belirlemede önemlidir. Yapılan çalışmalarda hastalık algısının bireyin bakım ve tedavisini etkilediği belirtilmektedir. Frosthalm ve ark. (2005) hastaların hastalık algısının temel sağlık hizmetlerini kullanmalarına etkisini inceledikleri çalışmada; hastalıklarının nedenlerini stres, psikososyal ve yaşam şekli ile ilişkilendirenlerin, daha fazla semptom yaşayanların, hastalığının uzun sürede iyileşeceğine ve ciddi sonuçları olacağına inananların primer sağlık bakım merkezlerini daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir. Kalp hastalarında hastalık algısının, tedaviye uyumu, kardiyak rehabilitasyona devam etme durumunu ve hastaneye yeniden yatışları etkilediği görülmektedir (Cherrington, Moser, Lennie, Kennedy et al., 2004; Cherrington, Lawson, Clark, 2006; Petrie, Cameron, Ellis, Buick et al., 2002). Yohannes ve ark. (2007) hastaların kardiyak rehabilitasyona devam etmeme nedenlerini inceledikleri çalışmada, programı erken bırakan hastaların daha fazla sayıda semptom algıladıklarını, sonuçlarının daha az önemli olduğuna inandıklarını, kişisel kontrol algılarının daha yüksek, tedavi algılarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

Lau-Walker (2004), bir kardiyak olay sonrası öz-yeterlilik ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada öz-yeterlilik ve hastalık algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Genel öz-yeterliliğin “sonuçlar” ve “hastalık tipi” boyutu ile negatif, “kontrol/tedavi edilebilirlik” ile pozitif olarak ilişkili olduğu belirtilmiştir. Öz-yeterliliği yüksek kişilerin kalp durumlarının sonuçlarının daha az olacağına, durumu kontrol edebileceklerine inandıklarını ve daha az semptom yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmada, ilk kez kalp problemi yaşayan kişilerin kontrol duygusunun daha fazla olduğu, kalp problemlerinin kısa sürede sona ereceğine inandıkları belirtilmiştir. Kadınların erkeklerden daha fazla semptom yaşadığı bulunmuştur. Petrie ve arkadaşlarının (2002), akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim girişiminin hastalık algısına etkisini inceledikleri çalışmada, hastaların hastalığın kontrol ya da tedavi edilebileceği konusunda algılarının olumlu yönde değiştiğini, hastalıklarını anlamada olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Cherrington ve ark. (2006) kalp yetmezliği olan bireylerle yaptığı çalışmada hastalığın şekillenmesine yol açan bilişsel ve duygusal değerlendirmelerin meydana geldiği ve bireyin hastalık tanımının kalp yetmezliğinin tanısına uyumda kullandıkları başa çıkma mekanizmalarını etkilediği belirtilmiştir. Örneğin; hastalığıyla ilgili negatif düşünceye sahip bir hasta, kalp yetmezliği yaşamanın stresiyle başa çıkmak için duygusal başa çıkma stratejilerini kullanır. Bu, kalp yetmezliğinin negatif düşüncesiyle kendi kendini yiyip bitiren ve insanı yavaş yavaş aşağıya çekip ölümle sonuçlandıran potansiyele sahip bir süreçtir.

Cinsiyet faktörü de sağlık üzerinde önemli bir değerşken olarak kabul edilir. Kadınların karşılaştıkları sağlık sorunlarıyla başa çıkma yolları, karşılaştıkları sağlık riskleri ve sağlık hizmetinden yararlanma durumları erkeklerden farklılık gösterir (Strömberg, 2003). Özellikle geleneksel toplumlarda kadının her koşulda sağlık hizmeti almasına engel olarak gösterilen dini inançlar ve toplumun kültürel yapısı kadınları daha çok geleneksel uygulamalara yönlendirir. Kadınlar ya geleneksel uygulamalar yoluyla ya da kendi kendilerine iyileşme yoluyla erken tanıdan uzaklaşır ve erken tedavi şansını kaybederler (Tanrıverdi, Bedir, Seviğ ,2007). Kadınlar kendi sağlık ihtiyaçlarından önce aile bireylerinin sağlık ihtiyaçlarına öncelik vermektedirler. Bu da kadınların bir çok sağlık engeliyle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Hart, 2005).

Cinsiyet açısından hastalık algısı değerlendirildiğinde O'Neill (2001), kadınların erkeklere göre hastalıklarına yönelik daha fazla semptom algıladıklarını bulmuştur. Grace ve arkadaşlarının (2005) akut koroner sendromu olan hastaların hastalık algısının depresyon ve cinsiyet ile ilişkisini incelediği çalışmada; hastalığın sonucu alt boyutu ile cinsiyet arasında fark olmadığı fakat kadınların hastalığın daha uzun süreceğine, erkeklerin hastalığı kişisel olarak kontrol edebileceklerine daha fazla inandığı saptanmıştır. Hastalığa neden olan faktörler incelendiğinde, aile öyküsü olanların daha fazla genetik faktörlerin neden olduğunu düşündükleri belirtilmiştir. Daha genç, daha az aktivitesi olan ve hastalığın uzun süreceğine inanan kadınlarda depresyon ile hastalık algısının ilişkili olduğunu saptamışlardır. Erkeklerde ise, daha az aktivitesi olan, hastalığın sonuçlarını olumsuz algılayan, tedavi edilebilir olduğuna daha az inananlarda depresyon ile hastalık algısının ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Alsn (2009) miyokard enfarktüsü sonrası yorgunluk ile hastalık algısı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, hastaların hastalıklarının kronik ve döngüsel olduğuna, kişisel ve tedavi kontrolü ile tedavi edilebileceğine inandıkları bulunmuştur. Çalışmada cinsiyet

açısından farklılığa bakıldığında hastalık algısının hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu olan süre (döngüsel) kadınlarda yüksek bulunmuştur. Bu da kadınların hastalıklarının periyodik algıladıklarını göstermektedir. Sonuçlar ve duygusal atıflar her iki grupta da eşit bulunmuştur. Süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Aalto ve arkadaşlarının (2005) koroner kalp hastalığı olan bireylerde hastalık algısını incelediği çalışmada kadınların hastalıklarını daha az kontrol edilebilir ve daha fazla ilişkili semptom algıladığı, erkeklerin hastalığın sonuçlarını daha ciddi algıladığı bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşlı bireylerin daha az semptom algıladığını ve hastalığın kısa sürede sonlanacağına inandıklarını belirtmişlerdir. Ross ve arkadaşları (2004) hipertansiyonda hasta uyumunun hastalık algısı ve tedavi inançlarının rolü üzerine etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada hastaların hipertansiyonun uzun süren bir durum olduğuna ve kontrol edilebileceğine inandıkları ancak sonuçlarının ciddi olabileceği algısının düşük olduğu bulunmuştur. Erkeklerin hipertansiyonun ciddi sonuçları olduğu ve kan basıncını kontrol edebilecekleri inancı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada, tedavinin hastalığı tedavi edebileceği inancı konusunda cinsiyet farkı olmadığı belirtilmiştir.

2.2.1. HASTALIK ALGISI VE HEMŞİRELİK

Sağlık davranışlarını etkileyen etmenlerden birisi hastanın hastalığını nasıl algıladığıdır. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalara göre, hastalığın gidişinin iyi olmasının yüksek içsel kontrol algısı ile ilintili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar fiziksel hastalık yaşayan kişilerin optimum tedavisi için hastalığa atfettikleri anlamı öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır (Alsén, 2009; Cherrington et al,2004; Cherrington et al 2006; Armay ve ark, 2007).

Hemşireler bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen özel etmenleri anladığında, onların gereksinimlerini karşılamada daha başarılı olurlar. Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin hastalık algısının bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemesini sağlamaktır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre hemşirelik, gerçek veya olası sağlık problemlerine kişinin tepkilerinin tanımlanması ve tedavisidir. Bu tanım hemşireliğin hareket alanının sağlık problemlerinin kendisi değil, sağlık problemlerine kişinin tepkileri olduğunu vurgular. Hemşire, müdahalede bulunduğu kişinin tepkilerine odaklanmalıdır. Sağlığa ve hastalığa insan cevabı, hemşirelik biliminin merkezidir (Kocaman, 2008). Hemşireler, hastaların hastalık algısını değerlendirerek tedaviye uyum sağlamada

hastalara yardım edebilir. Bu algıları değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir ve hastalık ve tedavisi ile ilgili yanlış anlamaları düzeltebilir. Hemşirelerin hastalara ve ailelere doğru bilgi sağlamada önemli rolleri vardır ve hastaların algılarını değerlendirerek spesifik endişelerine yönelik eğitim verebilir. Hastaların endişelerine odaklanarak etkili psikolojik danışmanlık sağlayabilir ve olumlu algıları geliştirebilir.

Hemşirelikte, insanın biyo-psikososyal bir varlık olduğu ve bütüncül bakım alması gerektiği, hemşirenin de hastalığın değil, hastanın iyileştirilmesine katkıda bulunduğu vurgulanır. Bu, hemşireliği diğer sağlık disiplinlerinden ayıran önemli bir noktadır (Kocaman, 2008). Hemşirenin, fiziksel bir hastalıkla karşılaşan kişiye psikososyal bakım vermesi için, hastanın tepkilerini tanıyabilmesi ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek hastayı değerlendirmesi gereklidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma karşılaştırmalı, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde izlenen kalp yetmezliği olan hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçimi, olasılıksız amaçlı örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma örneklemine Mart 2009 - Nisan 2010 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniğinde izlenen, aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan kalp yetmezliği olan 115 hasta alınmıştır.

Örneklem Özellikleri;

1. En az üç ay önce kalp yetmezliği tanısı almış olması,
2. Son altı ay içerisinde By-pass geçirmemiş olması,
3. Kalp transplantasyonu, böbrek yetmezliği, kanser gibi major hastalığının olmaması,
4. Ejeksiyon fraksiyonunun (EF) yüzdesinin % 40'ın altında olması. Çalışmada en son değerlendirilen ejeksiyon fraksiyon yüzdesi alınmıştır.
5. New York Kalp Derneği'nin Sınıflandırma Sistemi'ne (NYHA) göre kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfının NYHA I, NYHA II, NYHA III olması.
6. Okuma yazma bilmesi,
7. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi.

Hastalık algısını etkileyebilecek temel değişkenler açısından cinsiyete göre her iki grup eşleştirilmeye çalışılmıştır. Cinsiyete göre her iki grubun yaş, tanı süresi, komorbidite indeksi, ejeksiyon fraksiyon yüzdesi açısından benzer olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi

ile; medeni durum, eğitim, gelir, aile öyküsü, kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı ve daha önce hastaneye yatma durumu açısından benzer olup olmadığı ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Kadın hastaların hiçbiri çalışmadığı ve hastaların tümünün sosyal güvencesi olduğu için çalışma durumu ve sosyal güvencesi olma durumu açısından istatistiksel analiz yapılmamıştır. Cinsiyete göre bu özellikler karşılaştırıldığında medeni durum dışında tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 4). Cinsiyete göre medeni durum açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < .05$, Tablo 4). Çalışmaya alınan bekar kadınların sayısı erkeklere göre daha fazladır. Türkiye'de, kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzun olduğundan yaşlı kuşaktaki kadın sayısının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Cinsiyete Göre Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

ÖZELLİKLER	Kadın (n= 48)		Erkek (n= 67)		x ²	p
	n	(%)	n	(%)		
Medeni Durum						
Evli	32	66.7	58	64.0	5.393 *	.020
Bekar	16	33.3	9	36.0		
Eğitim Durumu						
İlköğretim	35	72.9	36	53.7	3.583 *	.058
Lise ve Üniversite	13	27.1	31	46.3		
Gelir Durumu						
Gelir Giderden az	17	35.4	12	17.9	3.664 *	.056
Gelir Gidere Eşit	31	64.6	55	82.1		
Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü						
Var	14	29.2	12	17.9	1.433*	.231
Yok	34	70.8	55	82.1		
KY Fonksiyonel Sınıfı						
NHYA-II	18	37.5	25	37.3	0.022	.989
NHYA-II-III	24	50.0	33	49.3		
NHYA-III	6	12.5	9	13.4		
KY Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu						
Evet	41	85.4	56	83.6	.000	.995
Hayır	7	14.6	11	16.4		
		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	t	p
Yaş (yıl)		66.56 ± 12.91		63.73 ± 13.22	1.143	.255
KY Tanı Süresi (Ay)		25.40 ± 28.45		21.37 ± 35.13	0.654	.514
Komorbidite indeksi		1.81 ± 0.67		2.22 ± 0.81	2.869	.05
Sol Ventrikül EF Yüzdesi		32.27 ± 5.90		32.39 ± 6.10	0.103	.918

*n sayısı 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı Değişken: Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık algısı ölçeğinin; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri boyutu (süre (akut kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller), hastalık nedenleri boyutu(psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık, kaza veya şans) alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

Bağımsız Değişken: Kalp yetmezliği olan bireylerin cinsiyeti

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kalp yetmezliği olan bireyi tanılama formu, hastalık algısı ölçeği, komorbidite indeksi kullanılmıştır.

3.5.1 Kalp Yetmezliği Olan Bireyi Tanılama Formu (EK I)

Kalp yetmezliği olan bireyi tanılama formu, araştırma kapsamına alınacak bireylerin bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatürden yararlanarak, araştırmacı tarafından iki bölüm şeklinde hazırlanmıştır (Cherrington, Lawson, Clark, 2006; Armay, Özkan, Kocaman, Özkan, 2007). Bireysel özellikler bölümü, araştırma örneklemine alınacak hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi ve ailede kalp hastalığı öyküsü olma durumunu içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Hastalığa ilişkin özellikler bölümü, kalp yetmezliği tan süresi, komorbidite indeksi, ejeksiyon fraksiyon yüzdesi, kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı, kalp yetmezliği nedeni ile hastaneye yatma durumunu içeren beş sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği (EK II)

3.5.2.1. Ölçeğin Orjinali

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (The Illness Perception Questionnaire (IPQ)), ilk olarak 1996 yılında Weinman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve bilimsel olarak Leventhal'in hastalık temsili kuramına dayandırılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği hastalık temsiline beş alanı

olan; **kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik alanlarının** kantitatif ölçümünü gerçekleştirmek üzere geliştirilmiştir (Weinman 1996). Ölçek, Moss- Morris ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yenilenmiştir. Moss-Morris ve ark. (2002) HAÖ'nin içerdiği boyutlarda yenileme gerektiren önemli alanları belirlemişlerdir. Kimlik bölümünün hastaların hastalıklarına verdikleri anlamları açıkça temsil etmediği belirlenmiştir. Süre boyutu hastalığın göreceli kroniklik derecesi ile ilgili inançlar ve belirtilerin değişkenliği ile ilgili inançlar olarak iki bölüme ayrılmıştır. Yeni ölçekte süre boyutu süre-akut/kronik ve süre-döngüsel olarak adlandırılmıştır. HAÖ'nin yenilemesinde en önemli noktalardan biri yenilenen ölçeğe duygusal temsillerin ölçümünün eklenmesidir. Son olarak yenilenen ölçek hastalık üzerindeki kişisel kontrol ve tedavi kontrolünün ayırımını da yapmaktadır. Moss-Morris ve ark. (2002) gözden geçirilen ölçeğin güvenilirlik ve geçerliğini birçok akut ve kronik durumda test etmişlerdir. HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır. Hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri boyutlarıdır. Ölçek, toplam 70 maddeden oluşmaktadır.

3.5.2.2. Ölçeğin Alt Boyutları

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 bu belirtileri yaşayıp yaşamadığı”, daha sonra “bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği” sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/ hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi ölçüm (1-kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2-böyle düşünmüyorum, 3-kararsızım, 4-böyle düşünüyorum, 5-kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmaktadır. Bu boyut yedi faktör içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Bu boyuttaki alt faktörlerden alınan puan ortalaması 1-5 arasında değişmektedir.

Bu boyutun alt faktörleri şunlardır;

Süre (akut/kronik) alt boyutu, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır. Altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 1, 2, 3, 4, 5, 18. Bir, dört ve on sekizinci maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü gösterir.

Sonuçlar alt boyutu, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 6, 7, 8, 9, 10, 11. Sekizinci madde puanlamada tersine döndürülecek maddedir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladıklarını gösterir.

Kişisel kontrol alt boyutu altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 12, 13, 14, 15, 16,17. On beş ve on yedinci maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir.

Tedavi kontrol alt boyutu, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını gösterir. Beş madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 19, 20, 21, 22, 23. On dokuz ve yirmi üçüncü maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir

Hastalığı anlayabilme alt boyutu, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını inceler. Beş madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 24, 25, 26, 27, 28. Yirmi dört, yirmi beş, yirmi altı, yirmi yedinci maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını anlayabildiğini gösterir.

Süre (döngüsel) alt boyutu, kişinin hastalığının döngüsel olup olmadığına ilişkin algısını inceler. Dört madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 29, 30, 31, 32. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü gösterir

Duygusal temsiller alt boyutu, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. Altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 33, 34, 35, 36, 37, 38. otuz altıncı madde puanlamada tersine döndürülecek maddedir. Bu boyuttan alınan yüksek puan hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olduğunu, olumsuz etkilendiğini gösterir.

Hastalık Nedenleri Boyutu: hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli likert tipi ölçüm (1-kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2-böyle düşünmüyorum, 3-kararsızım, 4-böyle düşünüyorum, 5-kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkında düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar

Psikolojik atıflar altı maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; stres ya da endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, kişilik özelliklerim'dir.

Risk etkenleri yedi maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, alkol, sigara, kullanımımıdır.

Bağışıklık üç maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; mikrop ya da virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin az olması'dır.

Kaza veya şans iki madde içermektedir. Bu maddeler; şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanma'dır.

Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Yüksek skor kalp yetmezliğine neden olan faktörleri algılamasını gösterir.

Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (Weinman, 1996; Moss-Morris, 2002; Cherrington, Moser, Lennie, Kennedy et al., 2004; Armay, Özkan, Kocaman, Özkan, 2007; Kocaman, 2007).

3.5.2.3. Ölçeğin Yanıtlanması

Ölçek boyutlarındaki maddeler karışık olarak verilir. Hastalığın tipi alt boyutunda yer alan semptomları yaşıyıp yaşamadığını evet-hayır şeklinde yanıtlanması istenir. Hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri alt boyutunun yanıtlanması için beşli likert tipi ölçüm kullanılır. 1-kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2-böyle düşünmüyorum, 3-kararsızım, 4-böyle düşünüyorum, 5-kesinlikle böyle düşünüyorum seçeneklerinden biri işaretlenir. Anket formunun doldurulması 20-25 dk sürmektedir.

3.5.2.4. Ölçeğin Türkçe'ye Uyarlanması

Hastalık algısı ölçeği'nin ülkemiz için geçerlik güvenirlik çalışması, Armay ve arkadaşları (2007) tarafından kanser hastalarında (n=203) çalışılmıştır. Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında ölçeğin iç hastalıkları polikliniğine (dermatoloji, solunum, romatoloji, endokrin, gastrointestinal, kardiyovasküler sistem) başvuran hastalarda (n=337) geçerlilik ve güvenirlik çalışması tekrar yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapan yazarlar, istatistiksel analizlerin sonucunda, Türkçe'ye uyarlanmış olan HAÖ ile elde edilen bulguların ölçeğin orijinal çalışmasındaki verilerle oldukça uyumlu olduğunu, Türk kültüründe benzer popülasyonlar üzerinde yürütülecek olan araştırmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilceğini belirtmişlerdir. Ölçeğin orijinal çalışması ve ülkemizde yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasının sonunda belirlenen üç alt boyut ve iç tutarlılık katsayıları Tablo 5.'de verilmiştir.

Bu çalışmada Cronbach alpha değeri "Hastalık Tipi Boyutu" için .66, "Süre Alt Boyutu" için .78, "Sonuçlar Alt Boyutu" için .62 , "Kişisel Kontrol Alt Boyutu" .70, "Tedavi Kontrolü Alt Boyutu" için .50, "Hastalığı Anlayabilme Alt Boyutu" için .75, "Süre (Döngüsel) Alt Boyutu" için .28 ve "Duygusal Temsiller Alt Boyutu" için .62, "Hastalık Nedenleri Boyutu" nun alt boyutları için .07 ile .36 arasında bulunmuştur.

Tablo 5. Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları

	Alt Boyutlarda Yer Alan Maddeler	Alt-Üst Puan	İç Tutarlılık Katsayıları		
			Moss- Morris (2002) n=711	Armay (2007) n=203	Kocaman (2007) n=337
Hastalık Tipi Boyutu					
14 hastalık belirtisi içerir			0.75	0.84	0.89
Hastalık Hakkındaki Görüşleri					
Süre (Akut/Kronik)	1,2,3,4,5,18	1-5	0.89	0.85	0.72
Sonuçlar	6,7, 8 ,9,10,11	1-5	0.84	0.60	0.69
Kişisel Kontrol	12,13,14, 15 ,16, 17	1-5	0.81	0.80	0.70
Tedavi Kontrolü	19 ,20,21,22, 23	1-5	0.80	0.72	0.75
Hastalığı Anlayabilme	24,25,26,27,28	1-5	0.87	0.67	0.73
Süre (Döngüsel)	29,30,31,32	1-5	0.79	0.66	0.71
Duygusal Temsiller	33,34,35, 36 ,37,38	1-5	0.88	0.68	0.77
Hastalık Nedenleri					
Psikolojik Atıflar	1, 9, 10, 11,12, 17	1-5	0.86	0.60-0.85	0.72
Risk Etkenleri	2, 4, 6, 8, 13, 14, 15	1-5	0.77	arasında	0.66
Bağışıklık	3, 7, 18	1-5	0.67	olduğu	0.54
Kaza Veya Şans	5, 16	1-5	0.23	belirtilmiştir	0.25

Koyu renk ile belirtilen maddeler, puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir.

3.5.3. Birden Çok Hastalığa Sahip Olma İndeksi (Komorbidite İndeksi) (EK III)

Kalp yetmezliğine eşlik eden hastalıklar, Charlson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ağırlıklı komorbidite indeksine göre skorlanmıştır (Charlson, 1987). Komorbidite ilgilenilen esas hastalık ile birlikte bulunan hastalık olarak tanımlanmaktadır. Charlson indeksi hastanede yatan hastalarda mortalite riskini değiştirebilecek komorbid durumların miktarını analitik amaçlarla belirlemek üzere tasarlanmış, otomatize bir yöntemdir.

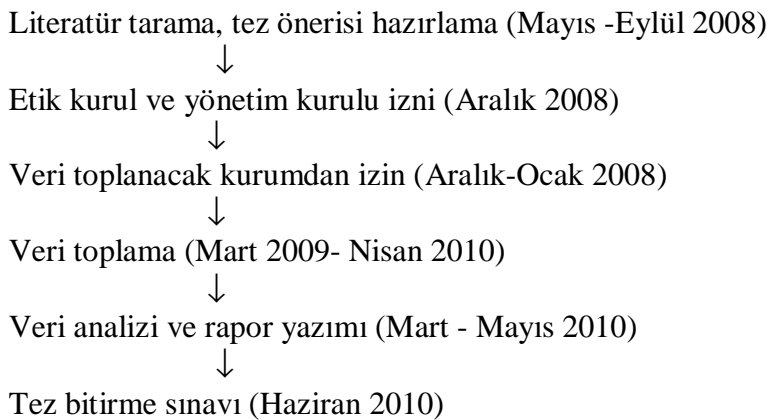
Bir hastanın birden çok hastalığa sahip olması (komorbidite) ve bu hastaların sahip oldukları hastalıkların risk açısından bir skora (puana) dönüştürülmesi ile ilgili çalışmalar, ilk defa Mary E. Charlson ve arkadaşları tarafından 1987 yılında yapılmıştır. Birden çok hastalığa sahip olma ile ilgili puanlama işlemi sonucunda elde edilen skora, Charlson Skoru (Charlson Comorbidity Score) denilmektedir (Charlson, 1987).

Charlson (1987) hastalıkları şiddetine göre gruplandırmış ve bu hastalıklara bir ile altı arasında bir ağırlık puanı vermiştir. Örneğin bir hasta hem ağırlık puanı bir olan hastalığa ve hem de ağırlık puanı iki olan bir hastalığa sahip olabilir. Bu hasta için Charlson skoru üç olacaktır. Ağırlıklandırılmış Charlson Comorbidity İndeksinin yapılan çalışmalarla geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (Charlson, 1987). Ülkemizdeki çalışmalarda kullanımı yaygındır.

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırmacı, kardiyoloji polikliniğinde, araştırmanın örnekleme girebilmesi için gerekli özelliklere sahip olduğu belirlenen hastalara, tanılama formundaki soruları, soru-cevap yöntemi ile uygulamıştır. Hastalık algısı ölçeğini, araştırmacının yanında hastaların doldurması istenmiştir. Hasta ile ilgili bazı bilgiler (EF, kalp yetmezliğinin fonksiyonel sınıfı) hasta dosyasından alınmıştır. Komorbidite indeksi araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.7. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 15.0'de yapılmıştır. Kalp yetmezliği olan kişilerin cinsiyete göre hastalık algısını değerlendirmek için bağımsız gruplarda *t* testi uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamız tek hastanede yapıldığı için örnekleme sayısı ve popülasyon açısından sonuçlar ancak bu evrene genellenebilir.

3.10. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eyll Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik kurulundan onay (22.01.2009), çalışmanın yapılacağı kurumdan izin alınmıştır. Araştırmacı tarafından, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler belirlendikten sonra araştırma konusunda bilgi verilmiş ve araştırmayı katılmayı kabul eden bireylerden szli izin alınmıştır.

3.11. Araştırma Bütçesi

Çalışmanın giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma örneklemine alınan 115 hastanın hastalık algısı ve cinsiyete göre hastalık algısının alt boyutlarını gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 6. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Hastalık Algısı (n=115)

Alt Gruplar	Alt-Üst Puan	\bar{X}	SS
Hastalık Tipi (Kimlik)	3 -12	7.63	2.22
Hastalık Hakkındaki Görüşleri			
Süre (Akut/Kronik)	2.33 - 4.67	3.90	0.43
Sonuçlar	1.50 - 4.83	3.73	0.44
Kişisel Kontrol	2.33 - 4.17	3.54	0.43
Tedavi Kontrolü	2.80 - 4.40	3.84	0.27
Hastalığı Anlayabilme	2 - 4	3.23	0.54
Süre (Döngüsel)	2 - 5	3.63	0.30
Duygusal Temsiller	1.67 - 5	3.60	0.44
Hastalık Nedenleri Boyutu			
Psikolojik Atıflar	1.83 - 4.17	2.70	0.36
Risk Etkenleri	2 - 4.14	2.79	0.35
Bağıışıklık	1.33 - 5	2.70	0.49
Kaza Veya Şans	1-5	2.09	0.58

Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde “hastalık tipi” boyutu puan ortalaması 7.63 ± 2.22 , Hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu “Süre (Akut/Kronik)” puan ortalaması 3.90 ± 0.43 , “Sonuçlar” puan ortalaması 3.73 ± 0.44 , “Kişisel Kontrol” puan ortalaması 3.54 ± 0.43 , “Tedavi Kontrolü” puan ortalaması 3.84 ± 0.27 , “Hastalığı Anlayabilme” puan ortalaması 3.23 ± 0.54 , “Süre (Döngüsel)” puan ortalaması 3.63 ± 0.30 , “Duygusal Temsiller” puan ortalaması 3.60 ± 0.44 ’dir. Hastalık nedenleri alt boyutu “ Psikolojik Atıflar” puan ortalaması 2.70 ± 0.36 , “Risk Etkenleri” puan ortalaması 2.79 ± 0.35 , “Bağıışıklık” puan ortalaması 2.70 ± 0.49 , “Kaza Veya Şans” puan ortalaması 2.09 ± 0.58 ’dir.

Tablo 7. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerin Cinsiyete Göre Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Alt Gruplar	Kadın (n= 48)	Erkek (n= 67)	t	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Hastalık Tipi (Kimlik)	8.21 ± 2.07	7.22 ± 2.24	2.396	.018
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (Akut/Kronik),	3.86 ± .41	3.93 ± .45	0.889	.376
Sonuçlar	3.72 ± .51	3.74 ± .38	0.272	.786
Kişisel Kontrol	3.59 ± .41	3.50 ± .44	1.048	.297
Tedavi Kontrolü	3.87 ± .25	3.81 ± .28	1.015	.312
Hastalığı Anlayabilme	3.17 ± .47	3.28 ± .58	1.086	.280
Süre (Döngüsel)	3.65 ± .31	3.62 ± .30	0.464	.644
Duygusal Temsiller	3.69 ± .28	3.54 ± .52	2.106	.038
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	2.67 ± .37	2.70 ± .35	0.053	.958
Risk Etkenleri	2.66 ± .38	2.89 ± .30	3.691	.000
Bağışıklık	2.77 ± .54	2.65 ± .45	1.283	.202
Kaza Veya Şans	2.13 ± .55	2.06 ± .61	0.523	.602

Tablo.7'ye göre hastaların cinsiyete göre hastalık tipi (kimlik) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların yaşadıkları hastalık belirtisi ortalamalarının (8.21 ± 2.07) erkeklere göre (7.22 ± 2.24) daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu olan süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) puan ortalamaları açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Duygusal temsiller alt boyutunda kadınların puan ortalamaları ($3.69 \pm .28$) erkeklerin puan ortalamalarından ($3.54 \pm .52$) yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Hastalık nedenleri boyutunun psikolojik atıflar, bağışıklık, kaza veya şans alt boyutları puan ortalamaları açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Risk etkenleri alt boyutunda erkeklerin puan ortalamaları ($2.89 \pm .30$) kadınların puan ortalamalarından ($2.66 \pm .38$) yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$).

5.TARTIŞMA

Hastalık algısı, kişinin psikolojik uyumundan hastalığın seyrine kadar birçok alanı etkileyen önemli bir etkidir. Bu bölümde kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık algısı ve cinsiyete göre hastalık algısı tartışılmıştır.

Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde “**hastalık tipi**” boyutu puan ortalaması 7.63 ± 2.22 'dir. Cherrington ve arkadaşları (2006) sistolik kalp yetmezliği hastalarıyla yaptığı çalışmada da hastaların hastalığına yönelik 6.6 tane semptom algıladıklarını bulmuştur. Bu sonuç, hastalığın başlangıcından bu yana hastaların bu belirtileri yaşadıklarını, daha sonra bu belirtiyi hastalığıyla ilgili gördüklerini göstermektedir. Hastaların yaşadıkları bu semptomlar kalp yetmezliğinde görülebilecek semptomlarla uyumludur. Hastaların **cinsiyete göre hastalık tipi (kimlik)** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların yaşadıkları hastalık belirtisi ortalamalarının (8.21 ± 2.07) erkeklere göre (7.22 ± 2.24) daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7). Bu çalışmanın sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (O'Neill, 2001; Aalto ve ark., 2005; Lau-Walker, 2004). Bu sonuç kadınların kalp yetmezliği ile ilişkili olmayan semptomları da (baş ağrısı, eklem ağrısı gibi) kalp yetmezliği ile ilişkilendirmiş olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da kadınların daha fazla semptom bildirme eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Lahelmaa, Martikainen, Rahkonen, Silventoinen, 1999). Bu bilgiler dahilinde kadınların kalp yetmezliğine yönelik semptomları algılaması tedavinin ve bakımın zamanında başlatılmasına katkı sağlaması bakımından önemlidir. Bu nedenle hastalara kalp yetmezliği semptomlarını nasıl tanıyacağı, semptomları nasıl izleyeceği konusunda bilgi verilmelidir. Hastanın hastalık hakkında bilgisi tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracağından, felaketçi algılamayı engelleyeceğinden hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir.

Hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu **süre (akut/kronik)** puan ortalaması $3.90 \pm .43$ 'dür. Bu sonuç hastaların kalp yetmezliğinin kronik olduğunu, uzun süre devam edeceğini düşündüklerini göstermektedir ve Cherrington ve ark. nın (2006) yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzerdir. Bu sonuç, bireylerin kalp hastalığının kronik bir hastalık olduğunu anladığını düşündürmektedir ve tedaviyi sürdürmenin gerekliliğini anlamaları açısından önemlidir. Hastaların cinsiyete göre **süre (akut/ kronik)** alt boyutunda erkeklerin puan ortalaması daha

yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Alsén'in (2009) miyokard enfarktüsü sonrası hastalık algısını incelediği çalışmada süre (akut/kronik) puan ortalaması, erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Grace ve arkadaşlarının (2005) akut koroner sendromu olan hastalarla yaptığı çalışmada ise kadınların hastalığın daha uzun süreceğine inandıkları bulunmuştur. Genç yaşta erkeklerde koroner arter hastalığının ve buna bağlı kalp yetmezliğinin daha sık görülmesi hastalığı daha iyi anlamalarına ve kalp yetmezliğinin kronik bir hastalık olduğuna daha fazla inanmalarına neden olmuş olabilir.

Çalışmada **sonuçlar** alt boyutu puan ortalaması $3.73 \pm .44$ olarak bulunmuştur. Bu, hastaların kalp yetmezliğinin ciddi sonuçları olduğunu düşündüklerini gösterir. **Sonuçlar** alt boyutunda erkeklerin puan ortalaması daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Aalto ve arkadaşlarının (2005) koroner kalp hastalığı olan bireylerde hastalık algısını incelediği çalışmada erkeklerin hastalığın sonuçlarını daha ciddi algıladığı bulunmuştur. Alsén'in (2009) miyokard enfarktüsü geçiren hastalarla yaptığı çalışmada, sonuç algısı kadın ve erkeklerde benzer bulunmuştur. Ross ve arkadaşları (2004) hipertansiyonda hastalık algısını inceledikleri çalışmada erkeklerin hipertansiyonun ciddi sonuçları olduğuna kadınlardan daha fazla inandıkları bulunmuştur. Ciddi sonuç algısı düşük öz-yeterlilik ile ilişkilidir (Lau-Walker, 2004). Düşük öz-yeterliliği olan kişilerin sağlık sonuçlarını iyileştirmek için daha az çaba harcamaları beklenmektedir. Lau-Walker (2004), yaptığı çalışmada, öz-yeterliliği yüksek kişilerin kalp durumlarının sonuçlarının daha az olacağına inandığını belirtmiştir. Diğer çalışmalarda da sonuç algısının inkar ve kötü psikolojik uyum ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Hagger, Orbell, 2003).

Kişisel kontrol alt boyutu puan ortalaması $3.54 \pm .43$ olarak bulunmuştur. Bu hastaların kalp yetmezliği üzerinde kişisel kontrollerinin olduğuna inandıklarını gösterir. Cherrington ve ark. nın (2006) yaptığı çalışmada kişisel kontrol puan ortalaması $4.2 \pm .57$ bulunmuştur. Lau-Walker'ın (2004) çalışmasında da hastaların durumu kontrol edebileceklerine inandıkları belirtilmiştir. Çalışmada hastaların sonuçları ciddi olarak algılamalarına rağmen baş edebileceklerine inandıkları görülmektedir. Kontrol edilebilirlik, literatürde problem-odaklı baş etme ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Hagger, Orbell, 2003). Kalp yetmezliği hastaları durumlarının kontrol altına alınabileceğine inandıklarında, uygun önlemleri almaya daha istekli olurlar. Bu da onların ilaç tedavisine uyumlarını arttırabilir. **Kişisel kontrol** alt boyutunda kadınların puan ortalaması daha yüksek bulunmasına karşın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır

($p>0.05$). Yapılan çalışmalarda erkeklerin kişisel kontrol algısı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Grace ve ark., 2005; Aalto ve ark., 2005; Alsén, 2009; Ross ve ark., 2004). Bu çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermemektedir. Ailenin ve arkadaşların hastalığa tepkileri, toplumun norm, değer ve inançlarını içeren kültürel özellikler hastalığa yüklenen anlamı ve tedaviyi algılamayı, yardım arama davranışlarını etkiler (Bolsoy, Sevil, 2006). Ülkemizde kadınların geleneksel uygulamalar yoluyla hastalıklarını tedavi etmeye çalışmaları yaygın olduğu için kadınların hastalığı kontrol edebilme algısı yüksek bulunmuş olabilir.

Tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalaması $3.84 \pm .27$ olarak bulunmuştur ve bu sonuç kişisel kontrol puan ortalamasından daha yüksektir. Hastaların kalp yetmezliğinin tedavi ile kontrol altına alınabileceğine inandıklarını göstermektedir. Williams (2001) yaptığı çalışmada hastalık algısının tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Bryne ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada hastaların ilaç tedavisinin gerekliliğine inandıkları durumda ilaç tedavisine bağlılık oranının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. **Tedavi kontrolü** alt boyutunda kadınların puan ortalaması daha yüksek bulunmasına karşın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Alsén (2009) miyokard infarktüsü sonrası hastalık algısını incelediği çalışmada, tedavi kontrolü erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Ross ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada tedavinin hastalığı tedavi edebileceği inancı konusunda cinsiyet farkı olmadığı belirtilmiştir. Hastaların, kalp yetmezliğinin tedavi yardımıyla ve kişisel olarak kontrol edilebilir olduğuna inanmaları hastaneye tekrarlı yatışları azaltabileceği için önemli bir bulgudur. Bu çalışmada kadınların kişisel kontrol algıları daha yüksek olduğu için tedaviye uyumları ve dolayısıyla tedavinin etkili olacağına inançları daha yüksek olabilir.

Bu çalışmada **hastalığı anlayabilme** alt boyutu puan ortalaması $3.23 \pm .54$ olarak bulunmuştur ve hastalık hakkındaki görüşler boyutunda en düşük puan ortalaması olan alt boyuttur. Bu alt boyut, hastaların kalp yetmezliğini anlayabilme durumunu göstermektedir. Bu sonuç, Cherrington ve ark. nın (2006) yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzerdir. **Hastalığı anlayabilme** alt boyutunda erkeklerin puan ortalaması daha yüksek olmasına karşı istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Alsén (2009) incelediği çalışmada hastalığı anlayabilme alt boyutunu erkeklerde daha yüksek bulmuştur. Hastaların tedaviye inanması ve sürdürmesi açısından hastalıklarını anlayabilmeleri önemlidir. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık tanımları, sağlık profesyonellerinin onlara ne söylediği ile

ilişkilidir. Bu çalışmanın sonuçları kalp yetmezliği hastalarının hastalığı anlayabilme durumunun çok iyi olmadığını göstermektedir. Bu durum hastalara yeterli eğitim verilmemesi ile ilişkili olabilir. Cinsiyet açısından fark olmaması kadın ve erkeklerin benzer sağlık hizmetlerinden yararlanması ile açıklanabilir.

Süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalaması $3.63 \pm .30$ 'dur. Bu sonuç, hastaların kalp yetmezliğinin döngüsel olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Cherrington ve ark. nın (2006) yaptığı çalışmada da süre puan ortalaması $3.5 \pm .54$ olarak bulunmuştur. Alsén'in (2009) miyokard enfarktüsü sonrası yorgunluk ile hastalık algısı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada hastaların hastalıklarının kronik ve döngüsel olduğuna inandıkları bulunmuştur. **Süre (döngüsel)** alt boyutunda ise kadınların puan ortalaması daha yüksek bulunmasına karşın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Alsén'in (2009) miyokard enfarktüsü sonrası hastalık algısını incelediği çalışmada, süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalaması kadınlarda yüksek bulunmuştur. Çalışmaya alınan hastaların tanı süreleri kadın ve erkeklerde 21 ay ve üzeri olduğu için hastaların deneyimleri nedeniyle hastalığın kronik ve döngüsel olduğuna ilişkin algıları yüksek olabilir.

Duygusal temsiller alt boyutu puan ortalaması $3.60 \pm .44$ 'dür. Hastaların hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olduğunu, olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Kardiyovasküler rahatsızlıklarda hastaların hastalığıyla ilgili endişesinin fazla olduğu ve bunun sonucunda stres yaşadıkları vurgulanmıştır (Aalto, 2005). Bireylerin hastalığıyla ilgili endişesinin fazla olması kişinin stres yaşamasına ve tedaviye odaklanamamasına neden olabilmektedir. Hastaların hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olması hastalığıyla ilgili yeteri kadar bilgilendirilmemiş olmasından kaynaklanabilir. Bu nedenle hasta eğitimi önemlidir. Hemşirelerin hastalara ve ailelere doğru bilgi sağlamada önemli rolleri vardır ve hastaların algılarını değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir ve hastalık ve tedavisi ile ilgili yanlış anlamaları düzeltebilir, spesifik endişelerine yönelik eğitim verebilir. Hastaların endişelerine odaklanarak etkili psikolojik danışmanlık sağlayabilir ve olumlu algıları geliştirebilir. **Duygusal temsiller** alt boyutunda kadınların puan ortalamaları ($3.69 \pm .28$) erkeklerin puan ortalamalarından ($3.54 \pm .52$) yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların hastalık ile ilgili endişelerinin erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Alsén'in (2009) çalışmasında, duygusal atıflar kadın ve erkeklerde eşit bulunmuştur. Toplumumuzda kadınların aile içi rolü göz önüne alındığında, kadınların

hastalıkları nedeni ile rollerini yerine getiremeyecekleri endişesi nedeniyle hastalıklarından olumsuz etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Hastalık nedenleri boyutu'nda en yüksek **risk etkenleri** alt boyutu, en düşük **kaza veya şans** alt boyutu puan ortalamasıdır. Bu sonuç hastaların hastalık nedeninin en fazla risk faktörü taşımaları ($2.79 \pm .35$) ile ilgili olduğuna, en az kaza veya şans ($2.09 \pm .58$) nedeniyle olduğuna inandıklarını göstermektedir. Cherrington ve ark. nın (2006) yaptığı çalışmada ise hastalık nedenlerinin en fazla bağışıklık nedeniyle (3.7 ± 0.85), en az risk etkenleri ($2.8 \pm .66$) nedeniyle olduğuna inandıkları bulunmuştur. Bu çalışmada, risk etkenleri puan ortalamasının çok yüksek olmamakla birlikte en yüksek ortalama olması açısından önemli bir bulgudur. Çünkü yaşam şekli değişikliklerine uyumun arttırılabilmesi için hemşirelik girişimleri olarak değiştirilebilir risk faktörleri hakkında daha fazla bilgi verilmesi hastalığa uyumu arttırabilir. Hastalık nedenleri boyutunun psikolojik atıflar ve risk etkenleri alt boyutunda erkeklerin puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ve risk etkenleri alt boyutunda bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$). Bağışıklık ve kaza veya şans alt boyutunda ise kadınların puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Bu sonuç, erkeklerde kalp yetmezliği görülme sıklığının daha fazla olması, bu nedenle hastalığa ilişkin bilgilerinin daha fazla olabileceği ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda erkeklerin risk alma davranışlarının farklı olmasından da kaynaklanabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Hastaların kalp yetmezliği ile yaşamaya uyum sağlayabilmeleri için hastalık algılarının ve cinsiyete göre bu algının değişip değişmediğinin bilinmesi önemlidir. Bu nedenle bu çalışmanın sonuçlarının ülkemizde kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algılarını ve cinsiyete göre farklılıkları ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalık algısı ve cinsiyetin hastalık algısına etkisinin incelendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Hastaların cinsiyete göre hastalık tipi (kimlik) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların yaşadıkları hastalık belirtisi ortalamaları (8.21 ± 2.07) erkeklere göre (7.22 ± 2.24) daha yüksektir.
2. Duygusal temsiller alt boyutunda kadınların puan ortalamaları ($3.69 \pm .28$) erkeklerin puan ortalamalarından ($3.54 \pm .52$) yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların hastalık ile ilgili endişelerinin erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
3. Risk etkenleri alt boyutunda erkeklerin puan ortalamaları ($2.89 \pm .30$) kadınların puan ortalamalarından ($2.66 \pm .38$) yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$).

6.2. ÖNERİLER

Hastaların algılarını değerlendirerek kadın ve erkeklerin spesifik endişelerine yönelik girişimlerin planlanması ve bu girişimlerin etkisinin incelenmesi,

Kalp yetmezliği olan bireylerin cinsiyete göre hastalık algısının daha büyük örnekleme çalışılması,

Hastalık algısını etkileyen diğer değişkenlerin incelenmesi,

Risk etkenleri boyutunu değerlendirmek için hastaların risk etkenleri açısından ayrıntılı olarak incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1-Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness Perceptions in Coronary Heart Disease Sociodemographic, Illness-Related, and Psychosocial Correlates. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58: 393-402.

2-Aalto AM, Aro AR , Weinman J, Heijmans M et al. Sociodemographic, Disease Status, and Illness Perceptions Predictors of Global Self-Ratings of Health and Quality of Life among Those with Coronary Heart Disease – One Year Follow-Up Study. *Quality of Life Research*.2006; 15: 1307–1322.

3-Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. Göteborgs Universitet. Institute Of Health And Care Sciences. Doctoral Theses 2009. Göteborg.

4-Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2008;36:41-95.

(http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=:dergi/dergi_content&plng=tur&id=1705&dosya=165)

5-Armaç Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10: 192-200.

6-Badır A. Kalp Yetmezliği. İçinde: Karadakovan A, Aslan F, editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.1.baskı. Adana; 2010; 559-569.

7-Baykal Y,Sağlam K, Yılmaz AT, Özkan M, Koçar İH. Kalp Yetersizliği ve Tedavisi. (Aynı kitabı). GATA Basımevi, Eylül. 2002.

8-Birol L. Akdemir N. İç Hastalıkları Hemşireliği, Ofset Yayınları, Genişletilmiş 2.Baskı, Ankara, 2005; 193-199.

9- Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9:3.78-87.

10-Bryne M, Walsh J, Murphy A. Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: Patient Beliefs and Health-Related Behaviour. *Journal Psychosomatic Research*. 2005; 58:403-445.

11-Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR: A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation. *Journal of Chronic Disease*.1987; 40:5. 373-383.

12-Cherrington CC, Moser KD, Lennie TA, Kennedy CW, et al. Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact on In- Hospital Recovery. *American Journal of Critical Care*, March 2004; 2:136-146.

13-Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness Representation of Patients with Systolic Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 2006; 190-195.

14- Cowie MR, Mosterd A, Wood DA. The Epidemiology of Heart Failure. *European Heart Journal*. 1997; 18: 208-225.

15-Değertekin M. 25. Ulusal Kardiyoloji Kongresi, HAPPY çalışması: Türkiye’de kalp yetersizliği, 2007(<http://www.tkd.org.tr/SunuMerkezi/?s=5F23295659365C255E>).

Ulaşım tarihi: 18.03.2010.

16-Dolar,E. İç Hastalıkları, Birinci Basım. Nobel- Güneş Kitabevi, İstanbul, 2005.

17-Eugene B. Examinatin of the Patient. In: Douglas PZ, Peter L, Robert OB, Eugene B,editors. *The History, Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine* 7th edition, Philadelphia W.B, Saunders Company 2005. p: 75.

18-Erol Ç. Klinik Kardiyoloji. İçinde: Kozan Ö, Sansoy V, editör. Nobel Tıp Kitabevi, 2004. p:275-333.

19-Frostholm L, Christensen S, Toft T, Oernboel E, et al. The Patients’ Illness Perceptions and the Use of Primary Health Care. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67:997-1005.

- 20-Grace SL, Krepostman S, Brooks D, Arthur H, et al. İllness Perceptions among Cardiac Patients: Relation to Depressive Symptomatology and Sex. *Journal of Phsychosomatic Research* 2005; 59: 153-160.
- 21-Hagger MS, Orbell S. A Meta-Analytic Review of The Common-Sense Model Of Illness Representations. *Psychology and Health*, 2003, 18: 141–184.
- 22-Hart PL. Women’s Perceptions of Coronary Heart Disease an Integrative Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005. 20: 170–176.
- 23-Kızıl C. Konjestif Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konudaki Düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi 2008; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir
- 24-Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlanmasının Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18: 208-225
- 25-Kocaman N. Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 1
- 26-Korkmaz M. Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Pozisyon Değişikliklerinin Periferik Oksijen Saturasyonuna Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi 2003; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir
- 27-Lahelmaa E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender Differences in Illhealth in Finland: Patterns, Magnitude and Change. *Social Science & Medicine* . 1999; 48:7-19.
- 28-Lau- Walker M. Relationship between Illness Representation and Self- Efficacy. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48: 216-225.
- 29-Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-Regulation, Health, and Behavior: A Perceptual-Cognitive Approach. *Psychology and Health*. 1998; 13: 717-733.

30-Bristow MR. Management of Heart Failure. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Sixth edition. 2001; p: 640.

31-Moss- Morris R, Weinman J, Petrie KJ, et Al. The Revised Illness Perception Questionare (IPQ-R). Psychology and Health. 2002;17:1.1-16.

32-O'Neill ES. The Symptom Experience of Women with Chronic Illness. Journal of Advanced Nursing. 2001, 33:257-268.

33-Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of Patients' View of Their Illness in Predicting Return to Work and Functioning after Myocardial Infarction: Longitudinal Study. British Medical Journal. 1996; 312: 1191-1194.

34-Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, et al. Chancing Illness Perceptions after Myocardial Infarction : An Early Intervention Randomized Controlled Trial. Psychosomatic Medicine. 2002;64:580-586.

35-Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. Clinical Medicine. 2006;6: 6.536-539.

36-Phipps W, Sands J, Marek J. Heart Failure. Medical Surgical Nursing (Concepts and Clinical Practice), Sixth Edition, Philadelphia, 1999.

37-Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient Compliance in Hypertension: Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. Journal of Human Hypertension. 2004, 18:607-613.

38-Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics— Statistics—2007 Update: A Report From The American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee [Published Correction Appears in Circulation. 2007; February 6 115(5):E172].Circulation2007;115(5):E69-E171.

39-Smeltzer SC, Bare GB, Hinkle JL, Cheeser KH. Textbook Of Medical-Surgical Nursing. 12th Edition. USA: Lippincott Williams& Wilkins , 2010; 825 – 839.

40-Strömberg A, Martensson J. Gender Differences in Patients with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003,2: 7–18 .

41-Tanrıverdi G, Bedir E, Seviğ Ü. Cinsiyetin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşler Üzerindeki Etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007,6: 435-440.

42-Task Force Report. Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure. *European Heart Journal*. 2001; 22:17.

43-Weinman J, Petrie K, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing The Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*. 1996; 11: 43-53.

44-Williams B, Healy D. Perceptions of Illness Causation among New Referrals to A Community Mental Health Team: Explanatory Model or Exploratory Map? *Social Science & Medicine*. 2001; 53: 465-476

45-Yohannes AM, Yalfani A, Doherty P, Bundy C. Predictors of Drop-Out from an Outpatient Cardiac Rehabilitation Programme. *Clinical Rehabilitation*. 2007; 21: 222-229.

EK I. KALP YETMEZLİĞİ OLAN BİREYİ TANILAMA FORMU

BİREYSEL ÖZELLİKLER

Adınız-Soyadınız:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz:

- a) Evli b) Bekar

4. Eğitim Durumunuz:

- a) İlköğretim b) Lise c) Yüksekokul/Üniversite ve üzeri

5. Gelir Durumunuz:

- a) Gelir-giderden az b) Gelir-gidere eşit c) Gelir-giderden fazla

6. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

7. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Var b) Yok

8. Ailede kalp hastalığı olan var mı?

- a) Evet b) Hayır

HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

9. Kalp Yetmezliği tanısı ne zaman kondu?

10. Kalp yetmezliği dışında başka hastalığınız daha var mı:

- a) Başka hastalık yok
b) Hipertansiyon (HT)
c) Diabet (DM)
d) Kanser öyküsü
e) Solunum sistemi hastalıkları (astım, bronşit, KOAH vs.)
f) Böbrek hastalıkları
g) Gastrointestinal hastalıklar
h) Diğer.....

Komorbidite İndeksi:

11. Kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatınız mı: a) Evet b) Hayır

12. Sol ventrikül EF yüzdesi:

13. Kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı:

- a) NYHA I b) NYHA II c) NYHA III

EK II. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
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

Kalp yetmezliğinizle ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum
 2. Böyle düşünmüyorum
 3. Kararsızım
 4. Böyle düşünüyorum
 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen 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					
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 bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
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					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. 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
Stres ya da endişe					
Kalıtıl (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
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 hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.

2.

3

EK III. BİRDEN ÇOK HASTALIĞA SAHİP OLMA (COMORBİDİTY) İNDEKSİ

HASTALIK	Ağırlıklı Puanı
Miyokard İnfarktüsü	1
Konjestif Kalp Yetmezliği	
Periferik Damar Hastalıkları	
Serebrovasküler Hastalıklar	
Demans	
Kronik Pulmoner Hastalıklar	
Konnektif Doku Hastalıkları	
Peptik Ülser	
Orta Derecede Karaciğer Hastalığı	
Diabetes Mellitus	
Hemipleji	2
Orta veya Ciddi Derecede Böbrek Hastalıkları	
Organlara Zarar Vermiş Diabetes Mellitus	
Herhangi Bir Tümör	
Lösemi	
Lenfoma	3
Orta veya Ciddi Derecede Karaciğer Hastalığı	
Metastatik Solid Tümör	6
AIDS	



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DH.1.6.Y1.02.05/

Tarih: 22/01/2009

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan)
Prof. Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan Yard.)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)
Prof.Dr.Betül ÜSÜN(üye)

Etik Kurul Sekreteri

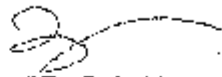
Yardı.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Etik Kurulumuzun 22 Ocak 2009 tarih ve 43/3/09 sayılı toplantısında, 59 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Fatma MERT'in danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans Öğrencisi Sinem ÇİDDİ'nin "Kalp Yemeçliliği Olan Birsylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi" konulu tez önerisinin, uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Prof.Dr.Zühal BAHAR
Etik Kurul Başkanı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83-85
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
.../.../2009

13.02.2009 00 1334

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

İLGİ: 06.02.2009 tarihli B.30.2.DEÜ.0.Y3.00.91/195 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerimizden Tuğba YARDIMCI ve Sinem CİDDİ'nin belirtilen konulardaki tez araştırmalarını Hastanemiz, Kardiyoloji Anabilim Dalında yapmalarını niygundük.

Gereğini yapılımasını saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU
Başhekim

Ortal Kütüphane

1/1

EK.VI**ÖZGEÇMİŞ**
Sinem CİDDİ

Adı Soyadı:	SİNEM CİDDİ
Doğum Yeri:	İzmir
Doğum Tarihi:	16.08.1983
Uyruğu:	T.C.
Medeni Hali:	Bekar
Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
Telefon:	0232 412 52 10
E-posta:	anemon_8316@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

ÜNİVERSİTE	FAKÜLTE/ENSTİTÜ	ÖĞRENİM ALANI	DERECE	MEZUNİYET YILI
Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2006

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

KURUM/KURULUŞ	ÜLKE	ŞEHİR	BÖLÜM/BİRİM	GÖREV TÜRÜ	GÖREV YILI
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Kardiyoloji Kliniği	Hemşire	2006-2010