

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETMEZLİĞİ OLAN
HASTALARIN EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ VE
HEMŞİRELERİN BU KONUDA DÜŞÜNCELERİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS

CİVAN KIZIL

Danışman Öğretim Üyesi: YRD. DOÇ. DR. SEVGİ KIZILCI

1. GİRİŞ AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kalp Yetmezliği Olan Hastanın Eğitimi	5
2.2. Konuyla İlgili Literatür	7
2.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim İçeriği	9
2.3.1. Kalp Yetmezliğinin Nedenleri.....	9
2.3.2. Kalp Yetmezliği Nedir? (Fizyopatolojisi)	10
2.3.3. Kalp Yetmezliğinin Belirtileri	14
2.3.4. Hastalık Süreci	15
2.3.5. Kalp Yetmezliğinin Tedavisi	16
2.3.6. Cinsel Aktivite	18
2.3.7. İstirahat ve egzersiz	18
2.3.8. Kilo	19
2.3.9. Diyet	19
2.3.10. Ailenin Eğitimi	20
2.3.11. Sağlık Kurumuna Başvurmayı Gerektiren Durumlar	20
2.3.12. Kalp Yetmezliğini Oluşturan Risk Faktörlerini Kontrol Altına Alma	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	23
3.3. Evren ve Örneklem.....	24
3.4. Katılımcı ve Araştırma Yapılacak Kurum İzni.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması	25
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu.....	25
3.5.2. Soru Kartları	26
3.5.3. Uygulama	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.7. Ön Uygulama	28
3.8. Tezin Bütçesi	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
6.1. Sonuç	42
6.2. Öneriler	42
Kaynaklar.....	42
Ek 1-A Hastalar için tanıtıcı bilgi formu	46
Ek 1-B Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	47

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. New York Kalp Derneği'ne Göre Hasta Sınıflaması	16
Tablo 2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	29
Tablo 3. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	30
Tablo 4. Öğrenme Konularının Hasta ve Hemşireler Tarafından “En Önemli” Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	31
Tablo 5. Öğrenme Konularının Hasta ve Hemşireler Tarafından “Orta Derecede Önemli” Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 6. Öğrenme Konularının Hasta ve Hemşireler Tarafından “En Az Önemli” Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	35

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Kalp Yetmeliğinin Patofizyolojisi	13
---	----

KISALTMALAR

KY	: Kalp Yetmezliği
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
PND	: Paroksismal Noktürnal Dispne
NYHA	: New York Heart Assosiation
ACE	: Anjiyo tensin Coverting Enzim
ARB	: Anjiyo tensin Reseptör Blokörü
HT	: Hipertansiyon
DM	: Diyabetes Mellitus
KOAH	: Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
AHPCR	: Agency for Health Care Policy and Research

TEŐEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında birikimlerini ve zamanını benimle paylaőan hocam sayın Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI'ya, değerli bilgi ve önerilerini sunan sayın hocalarım, Prof Dr. Zuhâl BAHAR ve Yard. Doç. Dr. Hatice MERT'e, katkıları için hocam sayın Murat BEKTAŐ'a, her zaman yanımda olan aileme, arkadaşlarıma ve bana desteğini fazlasıyla sürdüren eőime sonsuz teőekkür ederim.

Civan KIZIL

ÖZET

KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ VE HEMŞİRELERİN BU KONUDA DÜŞÜNCELERİ

Günümüzde teknoloji ve tıptaki gelişmelerle kalp yetmezliği olan hastaların hastanede yatış süresi kısalmakta, hemşireler teknik bakıma öncelik vermekte, hastalara eğitim yapılamamakta ya da yetersiz olmaktadır. Bu durumda, hastanın hastanede kaldığı sürenin, eğitim yönünden etkin kullanılması önem kazanmaktadır. Zamanın etkin kullanılmamasının nedenlerinden biri; hemşirelerin hasta için önemli olduğunu düşündüğü konularla, hastanın öğrenme gereksinimi duyduğu konuların farklı olmasıdır.

Bu araştırmanın amacı; kalp yetmezliği olan hastaların öncelikli öğrenme gereksinimlerini ve hemşirelerin öğrenilmesini önemli bulduğu eğitim konularını saptamaktır

Araştırmanın örneklemini Adana ilinde Adana Numune Fatma Kemal Timuçin Kalp Merkezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ve Adana Başkent Hastanesi'nin Kardiyoloji veya Koroner Yoğun Bakım kliniklerinde en az üç aydır çalışmakta olan otuz altı hemşire ve aynı hastanelerde yatan on sekiz yaş ve üstünde olan New York Kalp Derneği (NYHA) sınıflamasına göre düzey II ve III olan hastalık tanısı hakkında bilgilendirilmiş yüz yirmi dokuz hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak tanıtıcı özellikler anket formu ve kalp yetmezliği ile ilgili eğitim konularının yer aldığı soru kartları kullanılmıştır. Hasta ve hemşirelere eğitim konularını içeren on üç kart verilmiştir. Her iki gruptan da öğrenilmesini önemli buldukları eğitim konularını öncelik sırasına göre, en önemli kart en üste gelecek şekilde sıralamaları istenmiştir. Araştırmada verilerin analizinde frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistik yöntemlerinden yararlanılmıştır.

Araştırma sonucunda kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ile hemşirelerin bu konudaki düşünceleri farklı bulunmuştur. Hastaların çoğunun çok önemli bulduğu konuların hemşireler tarafından önemsiz olarak değerlendirildiği, ya da hastaların önemsiz olarak değerlendirdiği bir konunun hemşireler tarafından çok önemli bulunduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre kalp yetmezliği olan hastaların eğitim planına dâhil edilmesi ve eğitime başlamadan önce öncelikli öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kalp yetmezliği, eğitim gereksinimleri, hemşirelerin düşünceleri

SUMMARY

THE EDUCATION REQUIREMENT OF THE PATIENT WITH HEART FAILURE AND THE NURSES' THOUGHTS ABOUT THIS

Today with the development in technology and medicine, treatment time of patients with heart failure is getting shorter, the nurses give high priority to technical care, the patients are not educated or it proves to be insufficient. Under these circumstances, efficient using of the time spent by the patient in hospital gets importance. One of the reasons of the time not being spent efficiently is the difference, between the subjects that the nurses think they are important for the patients and the subjects the patients need to learn.

The objective of this survey is to determine the underlying learning needs of the patients with heart failure and education subjects that the nurses think they are important to learn..

the survey included 36 nurses (working in cardiology or coronary intensive care clinics of Adana Numune Fatma Kemal Timuçin Cardiac Center, Çukurova University Medical Faculty Balçalı Hospital and Adana Başkent Hospital in Adana for at least 3 months) and 129 patients (staying in the same hospital, 18 years- old or more, New York Heart Association class II-III acquainted with the diagnosis). As data collecting tools, introductory features survey form and question cards that include education subjects about heart failure are used patients and nurses were given 13 cards which included education subjects. Both groups were wanted to rank the education subjects according to priority by putting the most important one on the top which they think it is important to be learnt. In the survey, frequency and percentage definition statistic methods were used for the analysis of the data.

At the end of research, the education requirement of the patients with heart failure and the nurses' thoughts about this have proved to be different. It has been established that the subjects most of the patients find very important are considered to be unimportant by the nurses or a subject considered to be unimportant by the patient is found very important by the nurses.

According to these results, the patients who have heart failure are to be in the education plan and before being educated, it is important to determine the underlying learning needs.

Key Words: heart failure, education needs, nurses' thoughts

1. GİRİŞ AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kalp yetmezliği (KY) dünyada erişkin nüfusun büyük bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir sağlık sorunudur (1.2.3.4.5.6). Kalp yetmezliği, semptom ve bulguları nedeniyle hastaların günlük aktivitelerinde kısıtlılık yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır (7.8.9).

Kalp yetmezliği, yaşam şekli değişikliği gerektiren bir hastalıktır. Hastalığa özgü diyet, tedavi, hekim kontrolleri ve egzersiz gibi değişikliklere şekline uyum sağlayamayan hastaların; ciddi semptomlar yaşadığı, hastaneye yatışlarında artma olduğu ifade edilmektedir (7,9,10,11,12). Kalp yetmezliği olan Amerikalı hastaların her yıl yaklaşık yarısının hastaneye yatırıldığı belirtilmektedir (3,5). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre; 2004 yılında 445812 kişi, kalp hastalıkları nedeniyle hastaneye yatmıştır (13). Hastaneye yeniden yatıştaki yüksek oranlar hasta eğitiminin önemini gündeme getirmektedir.

Kalp yetmezliği olan hastalarda eğitimin amacı, mortalite ve morbiditenin azalması için hastaların yaşam biçimlerinde gerekli değişiklikler yapmalarını sağlamaktır (7,9,10,11,14,15,16,17). Kalp yetmezliği olan hastalara verilen eğitimle yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumun belirgin olarak düzeldiği görülmüştür (9,17,18). Amerikan Hastaneleri Birliği'nin Hasta Hakları Bildirgesi'ne göre hastalar, tedavileri ve gelişimleriyle ilgili anlayabileceği düzeyde bilgi alma hakkına sahiptir (14). Dünyada ve ülkemizde hasta eğitiminin sorumluluğu sağlık personeline özellikle hemşirelere verilmiştir. Sağlık eğitimi, hemşirenin en önemli rollerinden biridir (19,20,21).

Günümüzde teknoloji ve tıptaki gelişmelerle, hastaların hastanede kalma süresi kısalmakta ve erken taburculuk gündeme gelmektedir (9). Bu durumda hemşireler teknik bakıma öncelik vermekte, hasta eğitimi yapılamamakta ya da yetersiz olmaktadır (9,18). Fadiloğlu ve Akyol (1996) çalışmalarının sonucunda, hasta eğitiminin yeterli yapılamaması nedenini, hastaların hastanede kalış süresinin kısa olmasına bağlamıştır (22). Hastanede kalma süresinin kısa olması, hasta eğitim standartlarının uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Bu da, hastaların hastanede kaldığı sürenin eğitim yönünden etkin kullanılmasının önemini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda zamanın etkin kullanılmamasının nedenlerinden biri olarak; hemşirelerin hastalara vermek istediği eğitim konularıyla, hastaların öğrenmek istediği

konuların farklı olduğu bulunmuştur. Hasta eğitimi için ayrılan sürenin, hemşirenin önemli bulduğu konuların anlatımıyla harcadığı ve hastanın gerçekten gereksinim duyduğu konuların atlandığı belirlenmiştir (8,9,16).

Knowles'ın yetişkin öğrenme teorisine göre; yetişkinler önemli buldukları konuları öğrenirler. Önemli olduğunu düşünmedikleri konuyu öğrenemezler (30). Bu nedenle, yetişkinin neyi önemli bulduğunun eğitim planına temel alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Kalp yetmezliği olan hastaların eğitimiyle ilgili yapılan çalışmalarda da; hastaların kendi eğitimi ile ilgili öncelikli konuları belirlemelerine izin verilmesi, daha az önemli olan konuların elenmesi veya ertelenmesi önerilmekte, böylece hem zaman kaybının önleneceği, hem de hasta için önemli ve öncelikli konuların öğrenilmesinin sağlanacağı belirtilmektedir (8,9,16,17).

Ülkemizde kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşüncelerini inceleyen bir çalışmaya yazılı literatürde ulaşamamıştır. Araştırma sonucunun; hemşirelerin belirlediği eğitim konularıyla hastaların öğrenme gereksinimi duyduğu konuların farklı olabileceğini göstermeye katkıda bulunacağı, bu katkının hemşirelerin sağlık eğitimi planlanmalarında etkili olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; kalp yetmezliği olan hastaların öğrenme gereksinimlerini ve hemşirelerin bu konudaki düşüncelerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetmezliği Olan Hastanın Eğitimi

Kalp yetmezliği (KY) dünyada erişkin nüfusun büyük bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda mortaliteye neden olan önemli bir sağlık sorunudur (8,9,23). Dünya Kalp Federasyonu'nun 2002 raporunda, her üç ölümden birinin nedeninin kalp hastalıkları olduğu bildirilmektedir (24). Ülkemizde 1,2 milyon kalp hastasının olduğu ve yılda yüz otuz bin kişinin bu nedenle öldüğü, kalp yetmezliğinin, tüm ölümlerin %30'undan sorumlu olduğu bildirilmektedir (12,25).

nemli bir mortalite nedeni olan kalp yetmezliğinin nasıl yönetileceğini bilememe; semptomları alevlendirmekte, yaşam kalitesini düşürmekte, hastaneye yatışlarda artmaya neden olmakta ve maliyeti arttırmaktadır (7,8,9,10,15). Bu da kalp yetmezliğinde hastanın zbakımın önemini göstermektedir.

Özbakım, yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır. Hastalık durumunda ise, hastalığın kontrolüne yönelik ek davranışlar gerektirmektedir (7,11,26,27). Kalp yetmezliği olan bireyin öz bakımını gerçekleştirebilmesi için hastalığı hakkında bilgi sahibi olması önemlidir (8,11,13,19). Bununla birlikte hastanede yatış süresinin kısalması nedeniyle hasta eğitiminin etkili yapılamadığı belirtilmektedir.

Erişkin eğitimi aktif ve dinamik bir süreçtir. Erişkin, eğitim sürecinin içinde olmak ve deneyimlerini paylaşmak ister. Birer erişkin olan hastaların eğitimi için erişkin öğrenme ilkelerini bilmek gerekir (30).

Knowles'ın yetişkin öğrenme teorisi kalp hastalarının öğrenme ihtiyaçlarıyla ilgili algılamaları incelemek için kavramsal bir ereve oluşturmaktadır. Yetişkin ğrenme teorisi yetişkinleri çocuklardan ayıran özelliklerle ilgili birçok kavrama dayanır. Çocuklar dünyaya tam bağımlı koşulda gelir. Toplum ocuğun öğrenme rolünü belirler. Bu ocukların kendi kendini geliştirmelerinin ve ödüllerinin kaynağıdır. Kimlikleri şekillenmeye başladığında kendilerini, kendi kendine karar verme kapasitesinde görmeye başlarlar (30).

Yetişkinler toplumda kendilerini üretici rolünde görürler. Gelişimlerinin ana kaynağı gösterdikleri performans, eşleri ve çevrelerindeki diğer insanlardır. Yetişkinler diğer insanlar tarafından kendi kendini yöneten kişi olarak algılanmaya büyük ihtiyaç duyarlar ve öğrenilmesini gerekli buldukları şeyleri öğrenmeye motive olurlar. Yetişkin ğrenme

teorisinde yetişkinlerin kendi kendine bakım ihtiyaçlarıyla ilgili olarak eğitim sürecine katılımlarının önemi vurgulanmıştır (30).

İkinci olarak deneyim yetişkin öğrenme teorisinde önemli bir kavram olarak belirlenmiştir. Her yetişkinin farklı bir deneyim geçmişi vardır. Yetişkinler kendi kimliklerini birçok deneyimin biriktirilmesiyle kazanırlar. Yetişkinler deneyimlere büyük önem verir ve deneyimlerinden yararlanılmadığında kendilerini reddedilmiş hissederler. Yetişkinleri öğrenmeyle ilgili çalışmalara aktif olarak dahil etmek onların öğrenme sürecine katkı sağlar (30).

Öğrenmeye hazır olmak yetişkin öğrenme teorisinin üçüncü kavramıdır. Çocuklar bir sonraki gelişim aşamasına geçmek için gereken neyse onu öğrenirler. Yetişkinler için ise öğrenme gereksinimlerle ilgilidir. Yetişkinler kriz döneminde veya geçiş döneminde anında yapılabilen uygulamaları öğrenmeye ihtiyaç duyarlar. Yetişkinlerin öğrenme ihtiyacı ile ilgili algılamaları o anda yetişkinin yaşadığı ve çözmeye çalıştığı sorunla ilişkilidir (30).

Son olarak öğrenmeye odaklanma, yetişkinlerin öğrenme sürecine bağlıdır. Yetişkinler öğrenme isteği çocuklardan farklıdır. Çocuklar öğrenmeyi geciktirici bir bakış açısına sahiptir. Oysa yetişkinler öğrendiklerini anında uygulamak isterler. Yetişkinler için öğrenme her gün yaşamda karşılaştıkları problemlerle başa çıkma yetisini kazanmak ve geliştirmek için gerekli bir süreçtir. Bu nedenle, öğrenme sürecini kolaylaştıran kendi kendine bakım sürecine dahil olmaya gereksinim duyarlar (16,30).

Yetişkin öğrenimi dinamik bir süreçtir. Yetişkin öğrenme sürecinin temel yapısını oluşturan varsayımlar, eğitim alan kişilerin deneyimlerinin kaynak olarak kullanılmasıyla; öğrenmenin bu kişilerin ilgi alanlarına, görevlerine ve problem alanına göre planlanmasıyla eğitim alanında yerini almıştır (30).

Knowles'ın yetişkin öğrenme teorisinde öne çıkan kavramlardan biri; öğretilecek olan konunun yetişkin için önemidir. Knowles'a göre yetişkinler önemli buldukları konuları öğrenirler. Önemli olduğunu düşünmedikleri konuyu öğrenemezler. Bu nedenle, yetişkinin neyi önemli bulduğunun eğitim planına temel alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Knowles öğrenen kişinin algıladığı gereksinimlerle, eğiticinin belirlediği gereksinimleri birbirinden ayırmıştır. Eğiticinin görevi, kendi deneyim ve bilgisine dayanarak belirlediği konularla hastaların önemli gördüğü konular arasında denge kurmaktır (30).

2.2. Konuyla İlgili Literatür

Hasta eğitiminin etkili yapılamamasının nedenlerinden biri; hemşirelerin bu kısa süre içinde öncelikle önemli olduğunu düşündüğü konuları anlatması, hastaların gereksinim duymadığı için bu konuları öğrenememesi ve hastanın öğrenme gereksinimlerinin atlanması olarak belirtilmektedir (8,9,16,17,20). Luniewski ve arkadaşları (1999) kalp yetmezliği hastalarının bireysel eğitim gereksinimlerini belirlemede kart sıralama yönteminin etkinliğini ölçmek için tanımlayıcı bir araştırma yapmıştır. Hasta, hemşire ve hekimlere, her birinde bir eğitim konusu yazılı olan on iki kart verilmiş; bu kartların eğitim konularının önemine göre sıraya konulması istenmiştir. Araştırma sonucunda hastaların ve sağlık çalışanlarının önemli buldukları konular birbirinden farklı bulunmuştur. Ör: hastalar için en önemli eğitim konusu “hastalığının kötüye gidip gitmediğini nasıl bilebilirim”, hemşire ve hekimler için ise “kalbimle ilgili ne sorunum var” konusu olmuştur. Bunun yanında hastalar arasında da eğitim konularının önemlilik derecesi farklılık göstermektedir. Yeni tanı alan hastalar, “risk faktörleri, hastalıklarının geleceği ve kalpleriyle ilgili sorunun ne olduğu” konularını önemli bulurken uzun süredir kalp yetmezliği olan hastalar, “hastalığın kötüye gidip gitmeyeceğini nasıl öğrenebilirim ve ne zaman doktora başvurmalıyım” konularını önemli bulmuşlardır (8).

Wehby ve Brenner (1999) hemşireler ve hastalar tarafından algılanan öğrenme ihtiyaçlarını araştırmışlardır. Araştırmanın amacı; hemşirelerin ve kalp yetmezliği olan hastaların, 8 kategoriden oluşan eğitim konularını öğrenmenin önem derecesi ve bu kategorilerin hastanede yatış süreci boyunca öğrenilebilirliğinin gerçekçiliğini araştırmaktır. Verilerin toplanmasında Hagenhoff ve arkadaşları tarafından geliştirilen Konjestif Kalp Yetmezliği Öğrenme İhtiyaçları envanteri kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; hastalar genel kalp yetmezliği bilgilerini, risk faktörleri, tedavi, prognoz, semptom ve bulgular kategorilerinin öğrenilmesini hemşirelerden daha önemli bulmuşlardır. Bununla birlikte hemşireler diyet konusunun öğrenilmesini hastalardan daha önemli bulmuşlardır. Eğitim konularının önem sırasına konulması istendiğinde hastalar birinci sıraya tedaviyi, ikinci sıraya semptom ve bulguları koymuştur. Hemşirelerin öğrenilmesi önemli ve gerçekçi bulunduğu ilk üç eğitim konusu semptom ve bulgular, tedavi ve diyet konusudur. Hastalar diyet konusunu en az önemli bulmuştur. Hastanede kalınan süre boyunca eğitim konularını öğrenmek hastalar tarafından hemşirelere oranla daha gerçekçi olarak algılanmıştır (9).

Hagenhoff ve arkadaşları (1993) kalp yetmezliği olan hastaların eğitim ihtiyaçlarını

belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma yapmıştır. Bu araştırmada araştırmacılar tarafından geliştirilen Konjestif Kalp Yetmezliği Öğrenme İhtiyaçları Envanteri kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda hastaların en önemli bulduğu eğitim konusu tedavi, en az önemli bulduğu eğitim konusu ise fiziksel aktivitedir. Hastalar öğrenme konularını hemşirelerden daha önemli bulmuşlardır. Hemşirelerin en önemli bulduğu eğitim konusu da hastalar gibi tedavi olmuştur. Araştırma sonunda hastalar tarafından daha az önemli bulunan eğitim konularının hastanede kalma süresinin kısalığı ve hastanede kalma süresi boyunca eğitim şansının az olması nedeniyle eğitimin ayaktan hasta koşullarında verilmesi önerilmiştir (17).

Gerard ve Peterson (1984) kalp hastalarının öğrenme gereksinimlerinin önemiyle ilgili hemşirelerin ve hastaların algılarını incelemiştir. Araştırma sonucunda; hastalar için en önemli konunun risk faktörleri, hemşireler için ise tedavi olduğu belirlenmiştir (7).

Kalp yetmezliği dışında da hastaların öğrenme gereksinimlerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Karlık ve arkadaşları (1990) hemşirelerin ve anjin hastalarının çeşitli öğrenme gereksinimlerinin önemiyle ilgili algılamalarını karşılaştırmıştır. Araştırma sonunda serviste yatan hastalar risk faktörleri, tedavi ve aktivite; taburcu olan hastalar risk faktörleri, tedavi ve diyet; hemşireler ise tedavi, psikolojik faktörler ve aktivite konularını önemli bulmuştur (28).

Hastaların öğrenme gereksinimlerini araştıran iki çalışmada ise; gereksinim duyulan eğitim konuları aynı olsa da, her hastanın öncelikleri farklı bulunmuştur. Chan (1990), miyokard infarktüsü geçiren hastalarda taburculuk öncesi ve sonrası eğitim gereksinimlerini araştırmıştır. Araştırma sonucuna göre taburculuk öncesinde ve sonrasında hastaların öğrenmek istedikleri ilk üç eğitim konusu değişmezken, bu konuların sıralanışında farklılıklar olmuştur. Hastalar; tedavi, anatomi ve risk faktörlerini en önemli öğrenme konusu olarak değerlendirmiştir. Wingate (1990) miyokart infarktüsü sonrası iyileşmenin çeşitli aşamalarında hastaların öğrenme gereksinimlerini incelemiştir. Araştırma sonucunda; risk faktörleri, tedavi, anatomi ve psikoloji en önemli eğitim konuları olarak belirlenmiştir (29).

Kalp hastalarının öğrenme gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan araştırmalar göstermiştir ki; hastaların öğrenme gereksinimleri ve hemşirelerin bu konudaki düşüncesi birbirinden farklıdır. Bu nedenle hastanın gereksinimleriyle hemşirelerin hastalar için önemli bulduğu öğrenme konularını birbirinden ayırmak gerektiği belirtilmektedir.

2.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim İeriği

Bu bölümde kalp yetmezliği olan hastaların eğitim ieriği aŐađıda sıralandığı gibi on üç baŐlıkta verilmiştir. Bu baŐlıklar, araştırmada hasta ve hemşirelerden önemlilik durumuna göre sıralanması istenen kalp yetmezliğiyle ilgili soruların karŐılıđıdır.

- 1- Kalp yetmezliğinin nedenleri
- 2- Kalp yetmezliğinin patofizyolojisi
- 3- Kalp yetmezliğinin semptomları
- 4- Hastalık süreci
- 5- Kalp yetmezliğinin tedavisi
- 6- Kalp yetmezliğinde cinsel yaşam
- 7- Egzersiz ve dinlenme
- 8- Kilo
- 9- Diyet ve sıvı alımı
- 10- Aile eğitimi
- 11- Hastalığın kötüye gittiğini gösteren belirtiler
- 12- Sağlık kurumuna başvurmayı gerektiren durumlar
- 13- Kalp yetmezliğini oluşturan risk faktörlerini kontrol altına alma (31,32,33).

2.3.1. Kalp Yetmezliğinin Nedenleri

Kalp yetmezliğinin en önemli nedeni miyokard infarktüsüdür. Daha sonra sistemik hipertansiyon ve pulmoner stenoz gelir. Diğer nedenleri; miyokardiyal disfonksiyon, kalbin doluŐ bozuklukları ve metabolik bozukluklardır (4).

Kalp yetmezliğinin oluşumuna direkt veya dolaylı olarak etki eden bazı faktörler hastalar tarafından kontrol altına alınabilir. Bu faktörler sadece hastalığın oluşumuna katkı sağlamaz, aynı zamanda kalp yetmezliğinin semptomlarını arttırarak hastalığın seyrini olumsuz etkiler. Bu nedenle hastaların kalp yetmezliğini oluşturan ya da ilerlemesine neden olan etkenleri bilmesi önemlidir. Obesite, anemi, hipertansiyon, hipertiroidi, sigara ve alkol kullanımı önlenebilen ya da kontrol altına alınabilen kalp yetmezliği nedenlerindedir (4).

Obesite, direk olarak kalp yetmezliğine neden olmasa da hipertansiyon ve miyokart enfarktüsü için önemli bir etiyolojik faktör olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hastaların kilo vermesi önerilmektedir. Hipertansiyon kalp yetmezliğinin en önemli nedenidir. Bununla birlikte düzenli diyet, egzersiz ve ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilir (4).

Sigara kullanımının kalp yetmezliği oluşumuna direkt etkisi bildirilmemekle birlikte, kalp yetmezliği semptomlarının kötüleşmesine neden olmaktadır. Nikotin nabızı hızlandırarak ve kalbin oksijen ihtiyacını artırmakta ve tansiyonu geçici olarak yükseltmektedir (40,44).

Alkol kullanımı özellikle alkolik kardiyomyopatiye sakıncalıdır. Bununla birlikte sağ kalp yetmezliğinde hepatomegali ve splenomegali tablosunun daha da ağırlaşmasına neden olabilir (40,44).

Anemi ve hipertiroidi yüksek debili kalp yetmezliğine neden olmaktadır. Anemi ve hipertiroidide kalp hızı yükselir, kalbin iş yükü artar ,sistemik vasküler rezistans düşer ve kan volümü yükselir. Sonuçta sistemik vasküler rezistansın düşmesine bağlı afterload azalmakta, enddiastolik volüm indeksinin yükselmesine bağlı preload artmaktadır. Bu nedenle hem kalp yetmezliğinin gelişmemesi ve hastalığın ilerlemesini önlemek için anemisi ve hipertiroidi olan hastaların tedavi olması önerilmektedir (40,44).

2.3.2. Kalp Yetmezliği Nedir? (Fizyopatolojisi)

Kalp yetmezliği kalbe venöz dönüşün ve dolma basınçlarının normal olduğu durumda akut ya da kronik ventriküler disfonksiyondan dolayı kalbin dokuların ihtiyacını karşılayacak düzeyde yeterli kanı pompalamada yetersiz kaldığı kompleks bir durumdur. Özel nedenler dışında kalp yetmezliği, miyokardiyal liflerin kasılma ve gevşeme özelliklerinin bozulması ya da aşırı kardiyak iş yükü nedeniyle gelişen patofizyolojik bir durumdur. Kardiyak pompanın yetersiz çalışması, kanın dolaşım sisteminde göllenmesine neden olarak konjestif kalp yetmezliği ile sonuçlanır (4,16,33,37,39).

Kalp yetmezliğinde akut ve kronik dönemde kompensasyon amaçlı bazı değişiklikler gelişir (1,2,4,6,34,36,37,38,39,40,41). Yetmezlikte devreye giren kompensatuvar mekanizmalar şunlardır:

- 1- Sempatik sistem aktivasyonu
- 2- Preload artışı

3- Miyokardiyal hipertrofi

Sempatik Sistem Aktivasyonu

Sempatik aktivitenin artması, kısa vadede kompensasyon sağlarken uzun vadede zararlı etkilere neden olmaktadır (1,2,4,6,34,36,37,38,39,40,41,). Düşük debili kalp yetmezliği olan hastalarda kardiyak out-put düştüğü için böbreklere giden kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) azalır. Böbreklere olan kan akımının azalmasına bağlı olarak renin-anjiyotensin – aldesteron sistemi aktive olur. Renin- Anjiyotensin – Aldesteron sistemi ve adrenerjik sistem beraber çalışır. Artmış sempatik aktivasyon az tuz salımı, diüretik tedavi, düşük kan volümü, düşük kan basıncı gibi uyaranlar sonucunda renin salınımı artar. Anjiyotensin II ve aldesteron böbreklerden sodyum ve su reabsorbsiyonunu arttırarak, artmış kan volümüne katkıda bulunur. Anjiyotensin II vazokontrüktör etkisi ile art yükün artmasını ve kan basıncının sabit kalmasını sağlamaya çalışır (32,33,34,37,40,42,).

Preload Artışı

Kalbin odacıklarındaki preload artışı, sistol sonu rezidüel volümde artış ile sonuçlanan ejeksiyon fraksiyonundaki azalmanın ürünüdür. Preload artışı sağlıklı bir kalpte miyokardiyumun kontraksiyon gücünü arttıran bir kompensatuvar mekanizmadır. Frank Starling mekanizması olarak da bilinen ‘preload’ artışına bağlı kontraksiyon gücündeki artış, kalp kası lifi belli bir uzunluğa ulaşmıyca kadar devam eder. Böylece maksimal kasılma kuvveti ortaya çıkar. Bunun üstündeki uzunlukta kasılma kuvveti azalır aksine atım volümü daha da düşer (34,37,38,39,41,43,44).

Miyokardiyal Hipertrofi

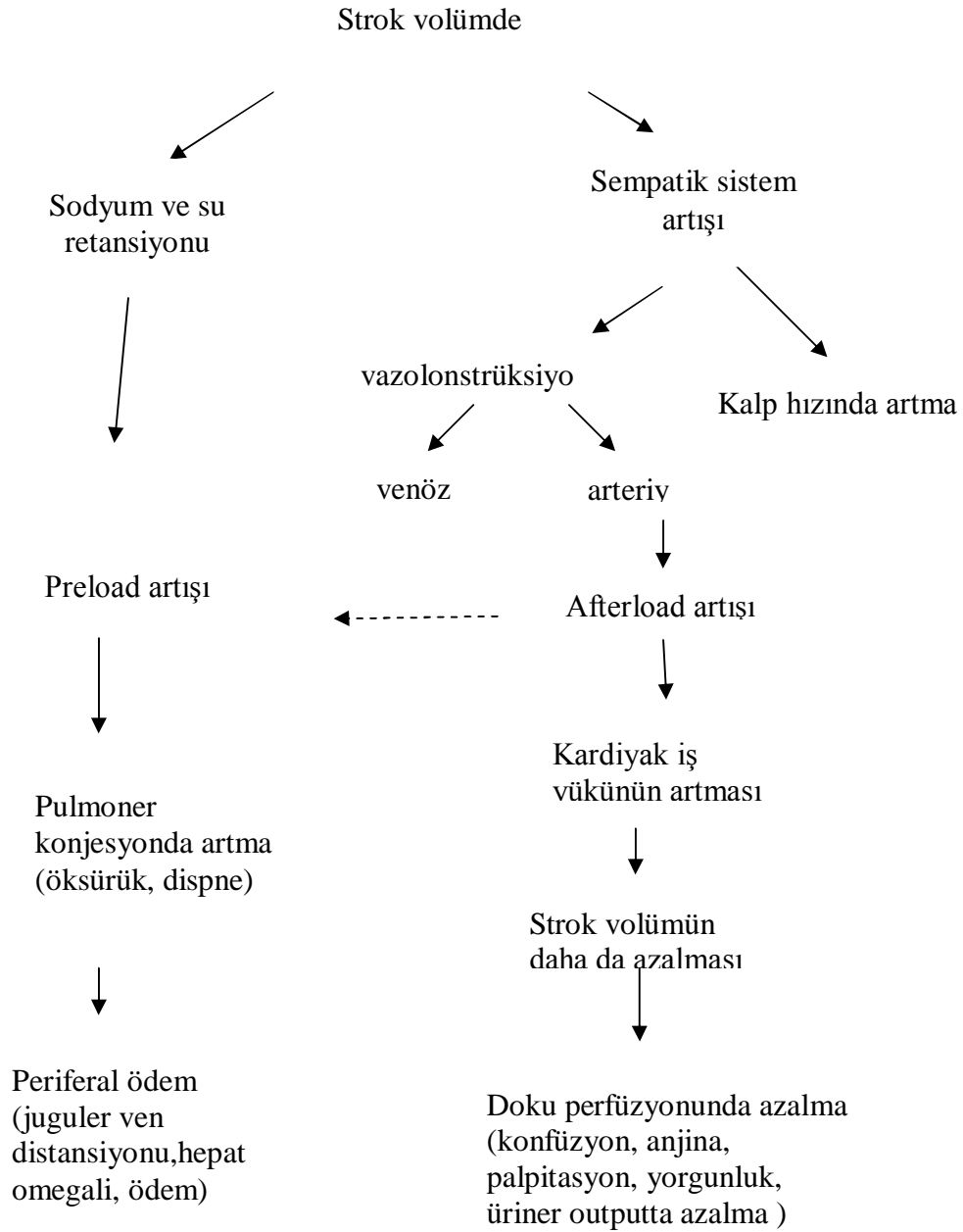
Miyokardiyal hipertrofi, miyokardiyal duvar geriliminin sürekli yüksek olması sonucu gelişir. Bu ise Laplace Kanunu ile açıklanır (45).

Ventrikül çapının genişlemesi ve basıncın artması, ventrikül kas duvarında daha fazla bir gerilime neden olur. Sonuçta sol ventrikülün kasılma özelliğine sahip olan hücrelerin sayısı ve büyüklüğünde artış olur. Genellikle ard yük artışı ile beraber görülen bu durum daha fazla kanı perifere pompalamak amacını taşır. Ancak hipertrofik miyokard (remodeling

gelişmiş) yapı değişikliğine uğramıştır ve ilerleyen dönemde kontraktilitenin bozulmasına ve dekompanseasyona neden olur. Bu şekildeki bir kalp anginal sendrom ve ciddi ventriküler aritmi riski taşımaktadır (32,33,34,36,38,39,42,44,46).

Bu üç kompanseatuvar mekanizmanın amacı dokulara olan kardiyak outputu restore etmeye çalışmaktır. Ancak bu mekanizmalar miyokardın iş yükünü ve oksijen gereksinimini artırmakta, bir süre sonra kompanseasyon dekompanseasyona dönüşmektedir. Böylece kalp yetmezliğinde kısır bir döngü oluşmaktadır. Kalp yetmezliğinin fizyopatolojisi şekil 1'de gösterilmiştir (4).

Şekil 1: Kalp Yetmeliğinin Patofizyolojisi



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

2.3.3. Kalp Yetmezliğinin Belirtileri

Kalp yetmezliğinin ilerleyen semptomları hastanın fonksiyonel kapasitesini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kalp yetmezliğinde yaşanan semptomlar; pulmoner ödem, sistemik venöz konjesyon ve düşük kardiyak debi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu semptomların bilinmesi hastalığın alevlenmesini önlemek için önemlidir (8,9).

Pulmoner Konjesyona Bağlı Semptomlar

Kalp yetmezliğinin pulmoner konjesyona bağlı en sık görülen semptomları dispne, ortopne ve paroksizmal nokturnal dispne (PND)'dir. Pulmoner konjesyon varlığında akciğer muayenesinde raller duyulabilir. Raller akciğerlerde sıvı birikmesine bağlı olarak gelişir. Beyaz ve pembe köpüklü balgamla birlikte görülebilir (4,5,12). Pulmoner ödemi olan hastalarda wheezing de oluşabilir ve pulmoner effuzyonların varlığında solunum sesleri azalabilir veya perküzyonda matite alınabilir. Şiddetli pulmoner konjesyon vakalarında hasta takipneiktir (32,33,34,39,41,).

Dispne, Başlangıçta aşırı hareket ile gelişir hastalık ilerledikçe istirahatte bile dispne gelişir. Bu semptom hastalar tarafından inspirasyon esnasında yeterince hava alamama hissi olarak tarif edilir Bazı hastalar uykudan ani solunum güçlüğü ile uyanır ve oturma ihtiyacı duyarlar. Çoğunlukla iki yastıkla yatarlar (32,33,47).

Sistemik Venöz Konjesyona Bağlı Semptomlar

Sağ kalp yetmezliği olan hastalarda sistemik venöz konjesyon semptomları bulunabilir. En sık semptom periferik ödemdir. Şiddetli sağ kalp yetmezliğinde asit ve hepatik konjesyon, karın ağrısı veya bulantı gibi gastrointestinal semptomlara yol açabilir (38,39). Şiddetli sağ üst kadran ağrısı olabilir. Bu yakınma karaciğer kapsülünün gerilmesine bağlıdır. Dispne ile birlikte ayak bileği şişliği sıkça görülen erken semptomdur. Ayak, topuk ve bileklerde sıvı birikmesine bağlı olarak ödem görülür. Hastalar ayakkabının sıkıtığını ve çorapların iz bıraktığını fark ederler. Bu semptom sıklıkla hastanın tedavi için başvurmasına neden olur (33,35).

Gece saatlerinde supin pozisyonda kanın kalbe dönüşü kolaylaşır dolayısıyla preload artar bu da kardiyak outputu artırarak glomerüler filtrasyonu hızlandırır ve noktüri oluşabilir. İleri dönem kalp yetersizliğinde kardiyak outputun ciddi azalması sonucunda ise oligüri meydana gelebilir (32,33,34,39,41,).

Düşük Kardiyak Debiye Bağlanabilir Semptomlar

Bu semptomlar yorgunluk, egzersiz toleransında azalma ve mental durum değişikliğini içerir. Düşük debili durumları olan hastalar görece düşük kan basınçlarını sürdürmeye eğilimlidir ve özellikle diüretik veya vazodilatatör tedavisi gören hastalarda ortostatik hipotansiyon oluşabilir.

Dokuların ihtiyacı olan oksijen karşılanamadığı için yorgunluk ve halsizlik oluşur. Hasta günlük yaşam aktivitelerinde hatta dinlenme anında bile yorgunluk hissedebilir (31). Egzersiz intoleransı (sistolik sol ve sağ kalp yetersizliğinde meydana gelen düşük kardiyak output, iskelet kaslarının fonksiyonu için gerekli metabolitlerin yeterli miktarda taşınamamasına ve dokulardan uzaklaştırılamamasına neden olmaktadır) ve müsküler atrofi meydana gelebilir. Solunum kaslarında oluşan kondüsyon eksikliği de egzersiz intoleransını arttırmaktadır (32,33,34,36,38,39,42,44,46).

Serebral doku perfüzyonundaki azalma nedeniyle unutkanlık sinirlilik yaşanabilir. Bu gibi durumlar hastanın ailesine ve arkadaşlarına bildirilmelidir (3147).

Kalp yetmezliğinin belirtileri şekil 1’de özetlenmiştir (32,33,34).

2.3.4. Hastalık Süreci

Kalp yetmezliği olan hastaların çoğunda kalp yetmezliğinden önce uzun bir dönem miyokardiyal disfonksiyon en azından istirahatte miyokardiyal hipertrofi ve ventriküler dilatasyon gibi kompensatuvar mekanizmalarla devam ettirilir. Bu yüzden erken devrede kalp yetmezliği semptomları az ya da yoktur. Başlangıçta kardiyak out-put normal sınırlarda olabilir. Egzersiz ve stres anında kardiyak out-putta artma yeterince olmaz hatta düşebilir (34,39,40,41).

Başlangıçta fiziksel aktivitede sınırlılığı olmayan hasta, semptomlar kontrol altına alınamazsa, kompensasyon dekompensasyona doğru ilerler ve hasta dinlenme anında bile dispne yaşar (34,39,40,41). Kalp yetmezliği Newyork Kalp Derneği’ne göre (New York Heart

Association-NYHA) dört evrede sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre hastaların, başlangıçta herhangi bir semptom yaşamazken, zamanla istirahat halinde bile rahatsızlık yaşamaya başladığı görülmektedir (Tablo 2). Ancak hastalığın iyi yönetimiyle tablonun ilerlemesi önlenbilir/yavaşlatılabilir (34,39).

Tablo 1. New York Kalp Derneği'ne Göre Hasta Sınıflaması

DÜZEY	SEMPTOMLAR
Düzyey 1	Bireyler normal fiziksel aktivitelerini kısıtlayan bir semptom yaşamazlar.
Düzyey 2	Ağır efor gerektiren fiziksel aktivite ile dispne yorgunluk ya da diğer semptomları gösterebilirler. Örneğin üç dört kat merdiven çıkmakla nefes darlığı ve yorgunluk hissedilebilir.
Düzyey 3	Hastaların normal aktivitelerini kısıtlayan semptomlarla karakterizedir. Günlük yaşamda hafif eforla bile semptom oluşmaktadır. Bir kat merdiven çıkmak, düzyey yolda yürümek gibi.
Düzyey 4	Hasta istirahat halinde bile semptomatiktir.

2.3.5. Kalp Yetmezliğinin Tedavisi

Bir çok hastada konjestif kalp yetmezliğinin spesifik bir tedavisi yoktur. Tedavi mümkünse altta yatan ventriküler disfonksiyonu kaldırmaya semptomları iyileştirmeye, asemptomatik kardiyak disfonksiyonun semptomatik kalp yetmezliğine ilerlemesini önlemeye ve hayat beklentisini artırmaya yöneliktir (32,36,39,41,42,44). Bu nedenle tıbbi tedavi verilir ve yaşam şeklinde değişiklik önerilir. Tıbbi tedavi genel olarak ACE inhibitörleri, Diüretikler, Aldesteron Reseptör Antagonistleri, Anjiyotensin II Reseptör Antagonistleri, Kardiyak Glikozidler ve Beta Blokör Reseptörleri grubu ilaçları içermektedir.

ACE İnhibitörleri: ACE inhibitörleri renin- anjiyotensin- aldosteron sistemini bloke ederek etki göster. Hipotansiyon ve böbrek disfonksiyonuna neden olabilir. Bu nedenle tansiyon takibi ve böbrek fonksiyon testlerinin yaptırılması önerilmektedir. Serum potasyum seviyesi 5.5 mg'ı geçenlerde kullanılmamalı ve altı ayda bir potasyum düzeyi ölçtürülmelidir. Hasta potasyum tutucu diüretik kullanıyorsa ilaç bırakılmalıdır. Şiddetli öksürük varlığı ACE inhibitörlerinin kesilmesine neden olabilir (32,33,36,39,41,42).

Diüretikler: İnvasküler volümü ve preload azaltmak amacıyla kullanılmaktadırlar (32,33). Genel olarak bütün potasyum tutucu diüretiklerin kullanımında serum kreatinin ve potasyum düzeyleri izlenmelidir. Bu konudaki öneri, tedavi başlandıktan sonra her 5-7 günde bir serum kreatinin ve potasyum seviyelerinin değerler stabil oluncaya kadar ölçülmesidir. Bundan sonra her 3-6 ayda bir kontrol önerilir (32,33,41).

Aldosteron Reseptör Antagonistleri: Aldosteron reseptör antagonistleri ileri evre kalp yetmezliğinde kullanılır (NYHA 3-4). Vasküler ve pulmoner fibrozisi, sempatik aktivasyonu, parasempatik inhibisyonu ve baroreflaks disfonksiyonunu engeller. Serum potasyum düzeyi takibi aldosteron reseptör antagonistleri kullanan hastalar için de önerilmektedir (32,33,39,41,42).

Anjiyotensin II Reseptör Antagonistleri (ARB): Anjiyotensin II reseptör antagonistleri (ARB) semptomatik tedavi için ACE inhibitörlerinin yan etkilerini tolere edemeyen hastalarda kullanılır. Yan etkiler ve özellikle öksürük ACE inhibitörlerinden belirgin olarak daha azdır. Böbrek fonksiyonlarının takibi ACE inhibitörlerinde olduğu kadar ARB'lerde de esastır (32,33,39,41,42).

Kardiyak Glikozitler: Atriyal fibrilasyon ve sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı olan ya da olmayan herhangi bir derecedeki semptomatik kalp yetmezliğinde ventriküler hızı yavaşlatmak amacıyla kullanılır. Etkisini sodyum ve potasyum ATP-az inhibisyonu yaparak gösterir (32,33,42). Renal fonksiyon ve plazma potasyumu tedaviye başlamadan önce mutlaka ölçülmelidir. Kalp yetmezliğinde günlük uygun dozlar uygun şekilde azaltılmalıdır (33).

Beta Blokör reseptörleri: Beta bloker ilaçlar ya selektif olarak reseptörleri bloke ederler ya nonselektif olarak bloke ederler ya da alfa ve beta adrenerjik reseptörleri birlikte bloke ederler (32,33,42).

2.3.6. Cinsel Aktivite

Cinsel yaşam insanın fiziksel ve duygusal doyumunu sağlayan temel gereksinimlerinden birisidir. Ancak kalp yetmezliği olan hastaların çoğu, cinsel yaşamın bittiğini düşünür. Ayrıca çekindikleri için bu konuda sağlık çalışanlarına da soru soramazlar. Bu konuda hastaların cesaretlendirilmesi gerekir (31).

Cinsel ilişkinin hasta için uygunluğu hastalığın evresine göre değişmektedir. NYHA II sınıfındaki hastalar orta risk altındadır. Sınıf III- IV cinsel aktivitede tetiklenen dekompansementasyon için yüksek risklidir (32,33). Eğer uygunsa cinsel aktiviteden önce dilaltı nitratlarının kullanılması ve majör duygusallıktan kaçınılması gerekir (31). Ayrıca; ağır yemekten sonra, bedensel yorgunluk hissedildiğinde, ortam aşırı sıcak ve soğuk ise ve alkol alındığında cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.

Cinsel ilişki sırasında göğüste sırtta ve kollarda ağrı, dispne göz kararması, baş dönmesi ve aşırı çarpıntı olursa ilişki sonlandırılmalı ve hasta istirahat etmelidir. Eğer çarpıntı geçmiyorsa mutlaka sağlık çalışanlarına başvurulması gerekir (31)

2.3.7. İstirahat ve egzersiz

İstirahat miyokardiyal iş yükünü azaltır,kardiyak rezervi artırır ve kan basıncını düşürür. Ancak stabil kalp yetmezliğinde sürekli istirahat mutlak değildir. Hastanın klinik durumu düzeldikçe mobilizasyon yapılabilir. Eğer hastanın klinik durumu uygunsa düzenli egzersizin kan basıncını düşürme, zayıflamayı kolaylaştırma, vücudun gevşemesini sağlama ve hastanın yaşam kalitesini ve fiziksel aktivitesini artırma gibi önemli etkileri vardır. Ancak yapılacak egzersizin türü ve yoğunluğu konusunda hastanın klinik durumuna göre karar verilmelidir. Kalp yetmezliği olan hasta yarışmacı olmaktan uzak durmalı ve zor sporlar yapmamalıdır (31)

2.3.8. Kilo

Konjestif kalp yetmezliğinde aşırı kilolu ve obezlerin kilo vermeleri gerekmektedir. İleri evre kalp yetmezliği olan hastaların yaklaşık %50'sinde klinik ya da subklinik malnutrisyon mevcuttur. Total vücut yağının kaybı ve zayıf beden kütlesi kardiyak kaşeksi olarak adlandırılan kilo kaybına eşlik eder (32,33)

Kardiyak kaşeksi, azalmış yaşam süresi için önemli bir göstergedir. Anormal kilo kaybı olasılığı şu durumlarda düşünülmelidir; istem dışı olarak en az 5 kg veya daha önceki 6 ayda non-ödematöz normal kilonun %7,5'undan fazla kilo kaybı ve / veya beden kitle indeksinin 22 kg/m²'den az olması. Tedavinin amacı non-ödematöz kiloya ulaşmaktır, tercihen yeterli fiziksel egzersiz ile kas kütlesinin artırılmasıdır. Hasta bulantı, dispne veya şişkinlik hissi nedeniyle azalmış gıda alımı olduğunda az ve sık yemekler yemelidir (32,33)

2.3.9. Diyet

Kalp yetmezliği olan hastalarda volüm artışına bağlı semptomların gelişmesini önlemek için su ve sodyum kısıtlaması önerilir. Diyetle kalbin iş yükünü azaltan aynı zamanda hastanın da hoşlanacağı besinler bulunmalıdır (31,32,33,47)

Su ve Sodyum Kısıtlaması

Kalp yetmezliğinin erken döneminde bir kompensasyon mekanizması olarak gelişen su ve sodyum retansiyonu daha sonra kalp yetmezliği sendromlarının artmasına neden olur. Bu nedenle kalp yetmezliği olan hastalarda sodyum ve su kısıtlanır. Kısıtlama KKY' nin derecesine göre değişmekle beraber 0,5-5 gram arasındadır. Ana sodyum kaynağı tuz olmakla beraber doğal besinlerin birçoğunda sodyum bulunmaktadır. Yemeklere hiç tuz atılmasa bile diyet yapmayan bir kişi günlük olarak 1000-2000 mg. sodyum alacaktır. Bu nedenle sodyumdan fakir diyet önerilen hastaya yiyeceklerin tuz içeriği anlatılmalıdır ve aldıkları yiyeceklerin etiketlerindeki sodyum miktarını kontrol etmeleri önerilmelidir (31,32,33,34,36). Besinlerin yanında anti asitler, öksürük şurupları, laksatifler ve sedatifler yüksek oranda sodyum içermektedir. Bu ilaçlar alınırken dikkatli olunmalı ve doktorun bilgisi dahilinde alınmalıdır (31)

Fazla sıvı veya sodyum alımında sıvı volüm artışına bağlı ödem, sıvı alımı az olduğunda ya da diüretiklerle aşırı sıvı kaybında dehidratasyon gelişebilir. Bu nedenle hastalar günlük olarak tartılmalı ve aldığı çıkardığı izlemi yapmalıdırlar. Hastalar sabah kahvaltıdan önce, mesane boşken, benzer giysilerle ve aynı tartı ile tartılmalıdır. Günde 1-2 kilo haftada 3-5 kilo artışı volüm fazlalığına, haftada 1,5-2 kilo kaybı ise dehidratasyona işaret edebilir. Bu durumda hasta sağlık personeline baş vurma konusunda bilgilendirilmelidir (31,32,33).

İleri kalp yetmezliği olanlarda hiponatremi olsun ya da olmasın sıvı alımı kısıtlanmalıdır. İleri kalp yetmezliğinde 1,5-2 lt sıvı kısıtlaması önerilir (5).

Diüretik alan hastalar su ile birlikte potasyum da kaybederler. Bu nedenle diüretik ve ACE inhibitörü kullanan hastaların 6 ayda bir potasyum kontrolü yaptırmaları önerilmelidir (5,31,32,33).

2.3.10. Ailenin Eğitimi

İleri dönem kalp yetmezliği olan hastalar tamamen veya kısmen başka birinin bakımına ihtiyaç duyabilirler. Ülkemizde bu kişi genellikle aile üyelerinden biri olmaktadır. Hastalar için gerekli olan yaşam şekli değişikliği aile için de gereklidir. Ailenin hem yaşam şekli değişikliğine uyumunu sağlamak hem de hastaya destek vermek için ailenin kalp yetmezliği hakkında bilgilendirilmesi önemlidir (48,49).

Ailenin desteğinin; tedaviye uyum, hastaneye yatma sıklığının azalması, sağlık kurumlarının kullanımı, hastalığın kontrolünde başarı sağlanma, kilo kaybı ve korunması ve hastalık sonrası normal yaşama dönüşü sağlama konularında etkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle kalp yetmezliği olan hastaların eğitimine bütüncül aile mutlaka dahil edilmelidir (48,49).

2.3.11. Sağlık Kurumuna Başvurmayı Gerektiren Durumlar

Hasta kalp yetmezliğinin ilerlediğini gösteren herhangi bir şikayeti olduğunda doktora başvurması konusunda bilgilendirilmelidir (31). Bu şikayetler:

- Günde 1-2 haftada 3-5 kilo alma
- Paroksizmal nokturnal dispne
- Periferik ödem artışı

- Öksürükte sürekli artış
- Günlük rutin işleri yaparken zorlanma
- Aritmi, taşikardi
- Kullanılan ilaçlarla ilgili herhangi bir yan etki

2.3.12. Kalp Yetmezliğini Oluşturan Risk Faktörlerini Kontrol Altına Alma

Kalp yetmezliğinin oluşumuna katkı sağlayan ve hastalığın ilerlemesine neden olan faktörleri bilmek ve önlem almak önemlidir. Bu nedenle hastalar risk faktörleri konusunda bilgilendirilmelidir

Seyahat Etme

Fazla yükseklik veya çok sıcak ve nemli yerlerden uzak durulmalıdır. Uzun uçak uçuşları dehidratasyon, periferik ödem ve derin ven trombozuna neden olurlar. Diüretiklerin ve vazodilatatörlerin kullanımı sıcak ve nemli iklimlerde aşırı sodyum ve sıvı kaybına neden olabilir (31,32,33).

Sigara İçme

Sigaradaki nikotin ve karbon monoksit kalp ve damar sistemi açısından önde gelen zararlı maddelerdir. Nikotin nabzı hızlandırır ve kalbin oksijen ihtiyacını artırır, tansiyonu geçici olarak yükseltir, kanın pıhtılaşmasını artırır (trombüs oluşumuna neden olur), damarların endotel tabakasına zarar vererek ateroskleroza neden olur. Karbon monoksit ise hemoglobin ile birleşerek karboksihemoglobin dönüşerek kanın oksijen taşıma kapasitesini ve dokulara giden oksijen miktarını azaltır (31,32,33).

KKY'de kesin öneri sigaranın bırakılmasıdır. Sigara bırakma konusunda hastaların destek alması önerilebilir (31,32,33).

Alkol Kullanımı

Kalp yetmezliğinde orta düzeyde alkol alımına izin verilir. Alkolik kardiyomiyopatiden şüphelenilen olgularda alkol tüketimi engellenmelidir (5).

Aşılar

Aşıların KKY tedavisine direkt bir etkisi yoktur. Ancak influenza ve pnömokok aşıları kalp yetmezliğini kötüleştiren solunum yolu enfeksiyonlarının önlenmesi için yararlı olabilir (32,33).

Kan Basıncı Kontrolü

Hipertansiyon, kalp yetmezliğinin en önemli nedenlerinden birisidir. Bu nedenle kontrol altında tutulması önemlidir. Hipertansiyon tedavisinde ilaçların yanı sıra sodyumdan fakir diyet ve egzersiz de önerilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Adana il merkezinde kardiyoloji kliniği bulunan Adana Numune Fatma Kemal Timuçin Kalp Merkezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ve Adana Başkent Hastanesi'nde yapılmıştır. Diğer hastanelerin kardiyoloji klinikleri Fatma Timuçin Kalp Merkezi'ne bağlanmıştır. Adana'da kardiyoloji servisi bulunan iki hastane, birinin yeni açılmış olması diğerinden ise yazılı izin alınamaması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir.

Adana Numune Fatma Kemal Timuçin Kalp Merkezi'ne kalp yetmezliği nedeniyle aylık yeni yatan hasta sayısı ortalama 40-50'dir. Kalp yetmezliği olan hastalarla çalışan toplam hemşire sayısı on üç 'dür.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne kalp yetmezliği nedeniyle ayda 10-15 yeni hasta yatmaktadır. Hastanenin kardiyoloji ve koroner yoğun bakım birimleri birleştirilmiştir. Hastanenin kardiyoloji ve koroner yoğun bakım klinikleri'nde çalışan hemşire sayısı on iki'dir.

Başkent Üniversitesi Hastanesi özel bir hastane olup Adana'nı iki merkez ilçesinde de şubesi vardır. Yüreğir Başkent Hastanesi'ne kalp yetmezliği nedeniyle aylık yeni yatan hasta sayısı ortalama 20-30'dur. Kardiyoloji servisinde çalışan hemşire sayısı ise on beş'tir. Seyhan Başkent Hastanesi'ne ise kalp yetmezliği nedeniyle aylık yeni yatan hasta sayısı ortalama 15-20 olup çalışan hemşire sayısı on beş'tir. Hem Yüreğir hem de Seyhan Başkent Hastaneleri özel hastane olmalarından dolayı acil tıp teknisyenleri ve anestezi teknisyenlerini de hemşire olarak çalıştırmaktadır.

Genel olarak tüm hastanelerde hastaların hastanede kalış süresi ortalama 5 gündür. Tüm hastanelerde kalp yetmezliği olan hastalarla çalışan toplam hemşire sayısı yaklaşık otuz altı'dır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini Adana ili hastanelerinde kardiyoloji kliniklerinde çalışmakta olan örneklem kriterlerine uyan otuz altı hemşire ve hasta örneklem kriterlerine uyan kalp yetmezliği olan yüz yirmi dokuz hasta oluşturmuştur

Türkiye'deki kalp hastaları araştırmanın ana kütesini oluşturmaktadır. Yaklaşık 1,2 milyon kişiden oluştuğu değerlendirilen söz konusu ana kütle temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır.

formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 10 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 96$ olarak hesaplanmıştır. Bu çerçevede anket soruları tesadüfi olarak belirlenen yüz yirmi dokuz kalp hastasına uygulanmıştır. Bu çerçevede araştırma bulgularının % 95 güven aralığında, \pm % 10 örneklem hatası ile genellenebileceği söylenebilir.

Araştırmaya her hastanenin hasta popülasyonu dikkate alınarak, Adana Numune Fatma Kemal Timuçin Kalp Merkezi'nden altmış, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nden yirmi iki ve Adana Başkent Hastanesi'nden kırk yedi olmak üzere toplam en az yüz yirmi dokuz hasta örneklem dahil edilmiştir.

Hemşireler için örneklem kriterleri

- Kardiyoloji servisinde ya da koroner yoğun bakım ünitesinde en az üç aydır çalışıyor olmak (Bu kurumlarda hemşire üç ayda uyum sürecini tamamlamış sayılıyor).
- Araştırmaya katılmayı yazılı olarak kabul etmek

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde hemşire olarak çalışan anestezi teknisyenleri ve acil tıp teknisyenleri araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

Hastalar için örnekleme kriterleri

- On sekiz yaş ve üstü olmak (Erişkinlerin öğrenme gereksinimleri çocuklardan farklı olduğu için on sekiz yaş altı çalışmaya dahil edilmemiştir).
- New York Kalp Derneği'nin sınıflamasına göre, düzey 2 ve düzey 3 grubunda olan hastalar
- $EF \leq \% 40$ olmak (Hastaya kalp yetmezliği tanısının konulması için $EF \leq 40$ gerekmektedir)
- Okuma-yazma bilmek (hastanın kartları okuyabilmesi ve önem sırasına koyabilmesi için)
- Araştırmaya katılmayı yazılı olarak kabul etmek
- Tanı hakkında bilgilendirilmiş olmak
- Hastanın hastaneye yatışının birinci ve sonuncu günü olmaması (ilk gün, hastaların semptom şiddetinin ve anksiyete düzeyinin yüksek olabileceği, son gün de taburculuk işlemlerinin başlaması nedeniyle uygulama yapılmamıştır).

Hastaların örnekleme uygun olup olmadıklarını belirlemek için hasta kayıtları incelenmiştir.

3.4. Katılımcı ve Araştırma Yapılacak Kurum İzni

Araştırmanın yapılacağı Adana Numune Fatma Kemal Timurçin Kalp Merkezi, Başkent Hastanesi ve Balcalı Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılacak olan bireylerden de yazılı izin alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Veri toplama araçları olarak tanıtıcı özellikler anket formu ve soru kartları kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu

Tanıtıcı özellikler anket formu; ilgili literatürden yararlanılarak, hasta ve hemşireler için ayrı hazırlanmıştır. Hastalar için; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ejeksiyon fraksiyon yüzdesi, kalp yetmezliği nedeniyle kaç kez hastaneye yattığı, en son yatış tarihi, kalp yetmezliğinden

başka kronik bir hastalığının olup olmadığı ve ne kadar süredir kalp yetmezliği hastalığının olduğu bilgilerini içermektedir (Ek 1-A).

Hemşireler için; yaş, eğitim durumu, mesleğinde kaçınıcı yılında olduğu, kaç yıldır bu hastane de çalıştığı, kaç yıldır kardiyoloji servisinde çalıştığı, kalp yetmezliği ile ilgili kurs, sertifika veya eğitim alıp almadığı, hasta eğitimi yapıp yapmadığı soruları yer almaktadır (Ek 1-B).

3.5.2. Soru Kartları

Araştırmada kullanılacak olan diğer bir veri toplama aracı, içerisinde eğitim konularının soru olarak yer aldığı kartlardır. Soru kartları ve soruların uygunluğu beş üniversitenin iç hastalıkları hemşireliği ana bilim dallarından uzman görüşü alınarak yeniden düzenlenmiştir. Uzman görüşlerine göre yeniden düzenlenmiş olan sorular aşağıdaki gibidir.

Kartlarda yer alacak eğitim konuları (soru olarak belirtilmiştir):

- Kalbimle ilgili ne sorunum var?
- Hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?
- Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?
- Hastalığının gelecekteki seyri nedir?
- Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?
- Neden ilaç almaya ihtiyacım var?
- İlaçlarımın yan etkileri nelerdir?
- Ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim ve hangi egzersizleri yapabilirim?
- Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?
- Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?
- Cinsel yaşamımla ilgili nelere dikkat etmeliyim?
- Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?
- Ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?

3.5.3. Uygulama

Veriler yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Hastaların ve hemşirelerin öğrenilmesini öncelikli buldukları konuların belirlenmesi için ise kart sıralama yöntemi uygulanmıştır. Veriler Ağustos- Eylül 2007 tarihlerinde araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Kart sıralama yöntemi

Bu yöntem literatürde kart sıralama yöntemi olarak geçmektedir ve Q sıralama yönteminden türetilerek geliştirilmiştir.

Q sıralama yöntemi ilk kez Stevenson tarafından 1953 yılında tanımlanmıştır. Bu yöntem, kişinin durumu özgün yorumlamasına ve anlamasına odaklanmaktadır. Belli bir konunun önem derecesinin çeşitli soru ve ifadelerle sıralanmasını sağlayan kartları içermektedir; örneğin bir konunun en önemliden en az önemliye doğru sıralanmasını gerektirmektedir. Bu süreç, kişilerin her bir kart üzerinde bulunan konuların önemi ile ilgili, hem düşünerek hem de karşılaştırma yaparak karar vermelerini gerektirmektedir. Seçilen kartlar doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmemekte ama bunun yerine, kişinin bakış açısını yansıtmaktadır. Kartların sıralanması istendiğinde, hasta;

1. Eğitim konularını incelemekte,
2. Her konunun ne kadar önemli olduğu konusunda karar vermekte,
3. Kendi eğitim planının oluşturulmasına yardımcı olmaktadır.

Ayrıca bu yöntem hastaların bilmeleri gereken konuları fark etmelerini de sağlamaktadır (8). Bu araştırmada;

Hasta ve hemşirelere eğitim konularını içeren on üç kart verilmiştir. Ayrıca iki boş kart verilip, hastaların öğrenmek istediği, hemşirelerin de öğrenilmesini önemli buldukları ancak kartlarda yer almayan konuları yazmaları istenmiştir. Hastaların ve hemşirelerin tüm eğitim konularını aynı anda görmelerini sağlamak için kartlar bir deskin üzerine rastgele sıralanmıştır.

Hasta ve hemşireleri yanıltmamak amacıyla kartlara numara verilmemiştir. Sıraya koymayı kolaylaştırmak için her kartın rengi farklı ve her kartta bir soru olacak şekilde planlanmıştır.

Hasta ve hemşirelere aynı kartlar uygulanmıştır. Her iki gruptan da öğrenilmesini önemli buldukları eğitim konularını öncelik sırasına göre, en önemli kart en üste gelecek şekilde sıralamaları istenmiştir.

Verilerin kaydı araştırmacı tarafından her bir görüşmenin hemen arkasından yapılmıştır. Her bir hastane için ayrı veri kayıt dosyası oluşturulmuştur. Her bir görüşme sonrasında hastanın ya da hemşirenin sıralamasına göre sorular numaralandırılarak kayıt edilmiştir (Hasta ve hemşirelere verilecek kartlarda numara yer almamıştır).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen bilgilerin çözümlenmesi SPSS 15 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Ankete rneklemi ni oluşturan hasta ve hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin özetlenmesinde ve öğrenme konularının durumlarının belirlenmesinde frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistikleri kullanılmıştır.

Verilerin daha kolay yorumlanabilmesi için kartlarda yer alan eğitim konularının hasta ve hemşireler tarafından önemli bulunma durumları En nemli, Orta Derecede nemli, En Az önemli, şeklinde kategorize edilmiştir. Hasta ve hemşireler herhangi bir kartı, birinci, ikinci, üçüncü veya dördüncü sıraya koymuşsa o kart en önemli; beşinci, altıncı, yedinci, sekizinci ve dokuzuncu sıraya yerleşmişse orta derecede önemli, onuncu, on birinci, on ikinci ve on üçüncü sıraya yerleştirmişse en az önemli olarak kabul edilmiştir.

3.7. n Uygulama

Verilerin toplanması aşamasında kullanılacak olan kartların işlerliğini değerlendirmek amacıyla örneklem kriterlerine uyan on hasta ve hemşire ile bir n uygulama yapılmıştır. Hemşire rneklemi ni azaltmamak amacıyla Adana Numune Fatma Kemal Timuçin Kalp Merkezi'nin kardiyoloji servisinde çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Hastalar da yine aynı hastaneden seçilmiştir.

3.8. Tezin Bütçesi

Tezin bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmanın örneklemini oluşturan hasta ve hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve kalp yetmezliği olan hastaların öğrenme gereksinimi duyduğu konular hakkında değerlendirmeleri yer almaktadır.

Tablo 2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı (n:129)	Yüzde
Yaş	60 yaş ve altı	30	23,3
	61-70 yaş arası	48	37,2
	71 yaş ve üstü	51	39,5
Cinsiyet	Kadın	67	51,9
	Erkek	62	48,1
Medeni Durum	Evli	92	71,3
	Bekâr	37	28,7
Eğitim	Okur Yazar	112	86,8
	İlköğretim	8	6,2
	Lise	9	7,0
Hastalık Süresi	1-5 yıl	62	48,0
	6-10 yıl	33	25,6
	11-15 yıl	16	12,5
	16 yıl ve üstü	18	13,9
NYHA Sınıfı	II nci Derece	94	72,9
	III ncü Derece	35	27,1
Ek Tanılar*	HT	55	40,1
	DM	63	46,0
	KOAH – Astım	13	9,5

*Bazı hastaların birden fazla kronik hastalığı vardır.

Hastaların tanımlayıcı özellikleri tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kalp yetmezliği olan hastaların yaş ortalamaları $65,57 \pm 5,43$ olup, %23’ü 60 yaş ve altında, %37’si 61-70 yaş arasında, %40’ı ise 71 yaş ve üzerindedir. Hastaların %51.9’u kadın, %48.1’i erkek,

%71,3'ü evli, %28,7'si ise bekar. Eğitim durumlarının dağılımına bakıldığında %87'sinin okuryazar, %6'sının ilköğretim, %7'sinin lise mezunu olduğu görülmektedir. NHYA (New York Heart Association) sınıflamasına göre hastaların %72,9'unda II. derece, %27,1'inde III. derece kalp yetmezliği vardır. Hastaların kalp yetmezliğine ek olarak, %40,2'sinde hipertansiyon, %46'sında diyabetes mellitus %4,4'ünde kronik böbrek yetmezliği, %9,5'inde KOAH-astım bulunmaktadır.

Tablo 3. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı (n:36)	Yüzde
Yaş	25 yaş ve altı	13	36,1
	26-30 yaş arası	13	36,1
	31 yaş ve üstü	10	27,8
Eğitim	SML	9	25,0
	Ön Lisans	6	16,7
	Lisans	21	58,3
Kurs Alma Durumu	Evet	21	58,3
	Hayır	15	41,7
Ortalama Çalışma Süresi	Üç yıl ve altı	13	36,1
	Üç yılın üstü	23	63,9

Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri tablo 3'te verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %36'sının yirmi beş yaşın altında, %36'sının 26-30 yaş arası, %28'inin ise otuz bir yaşın üzerinde olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %25'inin sağlık meslek lisesi, %17'sinin ön lisans, %58'inin ise lisans mezunu olduğu, %58'inin kalp yetmezliği ile ilgili kurs, sertifika veya eğitim aldığı belirlenmiştir. Kardiyoloji kliniğinde çalışma süresi üç yılın üstünde olan hemşirelerin sayısı yirmi üç'tür.

Tablo 4: Öğrenme Konularının Hasta ve Hemşireler Tarafından “En Önemli” Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Öğrenme konuları	Hasta (n: 129)		Hemşire (n: 36)	
	Sayı	%	Sayı	%
Kalbimle ilgili ne sorunuz var?	66	51,2	34	94,4
Hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?	71	55	29	80,6
Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?	42	32,6	19	52,8
Hastalığının gelecekteki seyri nedir?	53	41,1	13	36,1
Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?	101	78,3	14	38,9
Neden ilaç almaya ihtiyacım var?	18	14,0	10	27,8
İlaçlarımın yan etkileri nelerdir?	20	15,5	2	5,6
Ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim ve hangi egzersizleri yapabilirim?	18	14,0	-	-
Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?	26	20,2	2	5,6
Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?	19	14,7	1	2,8
Cinsel yaşamımla ilgili nelere dikkat etmeliyim?	-	-	-	-
Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?	67	51,9	20	55,6
Ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?	15	11,6	-	-

Öğrenme konularının hasta ve hemşireler tarafından birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sırada öncelikli konuları (en önemli) olarak bulunma durumlarının dağılımı tablo 4’te verilmiştir.

“Kalbimle ilgili ne sorunuz var?” konusunu hemşirelerin %94,4’ü, hastaların ise %51,2’si en önemli bulmuştur. “Hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?” konusunu hastaların %55’i, hemşirelerin ise %80,6’sı en önemli bulmuştur. “Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?” konusunu hastaların %32,2’si en önemli bulurken hemşirelerin en önemli bulma oranı %52,8’dir. “Hastalığının gelecekteki seyri nedir?” konusu hastaların %41,1’i hemşirelerin ise %36,1’tarafından en önemli olarak değerlendirilmiştir. “Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?” öğrenme konusu hastaların %78,3’ü hemşirelerin ise %38,9’u tarafından en önemli bulunmuştur. “Neden ilaç almaya ihtiyacım var? konusu, hastaların %14’ü, hemşirelerin ise

%27,8'i tarafından en önemli olarak değerlendirilmiştir. “İlaçlarımın yan etkileri nelerdir?” konusu hastaların %15,5 için en önemli iken, hemşirelerin %5,6 'sı için aynı derecede önemlidir. Hastaların %14'ü, “ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim ve hangi egzersizleri yapabilirim?” konusunu, %11,6'sı da “ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?” konusunu en önemli öğrenme konusu olarak belirlerken hemşirelerin hiçbiri bu konuları en önemli olarak değerlendirmemiştir. “Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?” konusunu hastaların %20,2'si en önemli olarak değerlendirilirken hemşirelerin %5,6' bu konuyu en önemli bulmuştur. “Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?” konusunu en önemli olarak değerlendiren hasta sayısı %14,7 bu oran hemşireler için %2,8'dir. “Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?” konusu hastalar için %51,9, hemşireler için ise %55,6 oranlarıyla en önemli olarak değerlendirilmiştir. “Cinsel yaşamımla ilgili nelere dikkat etmeliyim?” konusunu hem hastaların hem de hemşirelerin hiçbiri en önemli bulmamıştır.

Tablo 5.Öğrenme Konularının Hasta ve Hemşireler Tarafından “Orta Derecede Önemli” Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Öğrenme konuları	Hasta (n: 129)		Hemşire (n:36)	
	Sayı	%	Sayı	%
Kalbimle ilgili ne sorunum var?	47	36,4	2	5,6
Hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?	52	40,3	7	19,4
Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?	70	54,3	16	44,4
Hastalığının gelecekteki seyri nedir?	69	53,5	14	38,9
Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?	17	13,2	18	50,0
Neden ilaç almaya ihtiyacım var?	56	43,4	22	61,1
İlaçlarımın yan etkileri nelerdir?	72	55,8	29	80,6
Ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim ve hangi egzersizleri yapabilirim?	42	32,6	8	22,2
Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?	71	55,0	21	58,3
Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?	37	28,7	10	27,8
Cinsel yaşamımla ilgili nelere dikkat etmeliyim?	3	2,3	2	5,6
Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?	34	26,4	16	44,4
Ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?	75	58,1	15	41,7

Öğrenme konularının hasta ve hemşireler tarafından beşinci, altıncı, yedinci, sekizinci ve dokuzuncu sırada önemli (orta derecede önemli) bulunma durumuna göre dağılımı tablo 5’de gösterilmiştir.

“Kalbimle ilgili ne sorunum var?” konusunu hastaların %36,4’i, hemşirelerin ise sadece %5,6’sı orta derecede önemli bulmuştur. Hastaların %40,3’ü “Hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?” konusunu orta derecede önemli bulurken bu oran hemşirelerde %19,4’tür. “Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?” konusunu hastaların %54,3’ü hemşirelerin ise %44,4’ü orta derecede önemli bulmuştur.

“Hastalığımın gelecekteki seyri nedir?” konusunu hastalar %53,5, hemşireler ise %38,9 oranıyla orta derecede önemli bulmuştur. “Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?” konusunu orta derecede önemli bulma oranı hastalarda %13,2 iken hemşirelerde bu oran %50’dir. “Neden ilaç almaya ihtiyacım var?” konusunu hastaların %43,4’ü, hemşirelerin %61,1’i orta derecede önemli bulmuştur. “İlaçlarımın yan etkileri nelerdir?” konusunu orta derecede önemli bulma oranı hastalarda %55,8, hemşireler de ise %80,6’dır. “Ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim” ve hangi egzersizleri yapabilirim? konusu hastaların %32,6’sı hemşirelerin de %22,2’si için orta önemlidir. Hastaların %55,0’i, hemşirelerin ise %58,3’ü “Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?” konusunu orta derecede önemli olarak değerlendirmiştir. “Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?” konusu hastaların %28,7’si hemşirelerin de %27,8’i için orta önemlidir. “Cinsel yaşamımla ilgili nelere dikkat etmeliyim?” konusunu orta derecede önemli bulma oranı hastaların %2,3, hemşirelerin de %5,6’dır. “Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?” konusunu hastaların orta derecede önemli bulma oranı %26,4 iken hemşirelerin %44,4’tür. “Ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?” konusunu hastaların %58,1’i hemşirelerin ise %41,7’si orta derecede önemli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 6. Öğrenme Konularının Hasta ve Hemşireler Tarafından “En Az Önemli” Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Öğrenme konuları	Hasta (n: 129)		Hemşire (n:36)	
	Sayı	%	Sayı	%
Kalbimle ilgili ne sorunum var?	16	12,4	-	-
Hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?	6	4,7	-	-
Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?	17	13,2	1	2,8
Hastalığının gelecekteki seyri nedir?	7	5,4	9	25,0
Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?	11	8,5	4	11,1
Neden ilaç almaya ihtiyacım var?	55	42,6	4	11,1
İlaçlarımın yan etkileri nelerdir?	37	28,7	5	13,9
Ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim ve hangi egzersizleri yapabilirim?	69	53,5	28	77,8
Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?	32	24,8	13	36,1
Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?	73	56,6	25	69,4
Cinsel yaşamımla ilgili nelere dikkat etmeliyim?	126	97,7	34	94,4
Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?	28	21,7	-	-
Ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?	39	30,2	21	58,3

Öğrenme konularının hasta ve hemşireler tarafından onuncu, on birinci, on ikinci ve on üçüncü sırada önemli (en az önemli) bulunma durumuna göre dağılımı tablo 6’da gösterilmiştir.

“Kalbimle ilgili ne sorunum var?” konusunu hastaların %20,2’si, “Hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?” konusunu %4,7’si, “Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?” konusunu %21,7’si en az önemli bulurken hiçbir hemşire bu konuları en önemli olarak değerlendirmemiştir. “Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?” konusunu hastaların %13,2’si hemşirelerin ise %2,8’i en az önemli konu olarak belirlemiştir. “Hastalığının gelecekteki seyri nedir?” konusunu hastaların %5,4’ü, hemşirelerin ise %25’i en az önemli bulmuştur. Hastaların “Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?” konusunu en az önemli bulma oranı %8,5 iken

hemşirelerde bu oran %11,1'dir. Neden ilaç almaya ihtiyacım var?" konusunun hastalar tarafından en az önemli bulunma oranı hastalarda %42,6, hemşirelerde ise %11,1'dir. "İlaçlarımın yan etkileri nelerdir?" konusunu en az önemli bulma oranı hastalarda %28,7, hemşirelerde %13,9'dur. "Ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim ve hangi egzersizleri yapabilirim?" konusu hastaların %53,5'i için en az önemli konu iken hemşirelerde bu oran %77,8'dir. "Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?" konusunu hastaların %24,8'i, hemşirelerin ise %36,1'i en az önemli öğrenme konusu olarak belirlemiştir. "Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?" konusunu hastaların %56,6'sı hemşirelerin %69,4'ü en az önemli olarak değerlendirmiştir. "Cinsel yaşamımla ilgili nelere dikkat etmeliyim?" konusu hasta ve hemşireler tarafından en az önemli konu olarak belirlenmiştir. Hastaların %97,7'si, hemşirelerin %94,4'ü bu konuda hem fikirdir. "Ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?" konusunu en az önemli bulan hastaların oranı %30,2, hemşirelerin oranı ise %58,3'tür.

5. TARTIŞMA

Kalp yetmezliği olan hastaların öğrenme gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşüncelerinin belirlenmesi hedeflenen bu araştırmada, öğrenme konularının önemli bulunma durumlarının hasta ve hemşireler için farklı olduğu bulunmuştur.

“Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?” konusu hastaların çok büyük bir kısmı için en fazla önem verilen konu iken, hemşirelerin yarısı tarafından orta derecede önemli bulunmuştur. Hemşirelerin önemli bir kısmı da bu konunun önemsiz olduğunu belirtmiştir. Wehby ve Brenner’in (1999) yaptığı çalışmada, semptom ve bulgular konusu hem hastalar hem de hemşireler tarafından en önemli bulunmuştur. Webby ve Brenner’e göre; yaşam kalitesini artırmak ve hastaneye yatışları azaltabilmek için, hastaların kendi semptomlarının farkında olabilmeleri önemlidir. Bu araştırmada hastalar, Wehby ve Brenner’in çalışmasının sonuçlarını destekler şekilde kalp yetmezliğinin alevlendiğini gösteren semptom ve bulgularla ilgili bilgi gereksinimine dikkat çekmiştir. Hastaların bu tür bulguları tanınması erken müdahale imkanı tanıyacak ve hastalığın şiddetlenmesini önleyecektir. Ancak; hemşirelerin bir kısmının bu konuyu orta derecede önemli ya da önemsiz bulması, semptom ve bulgular konusunu öğrenmenin, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumu düzeltilmedeki öneminin farkında olmadıklarını göstermektedir.

“Hastalığımın oluşmasına neden olan faktörler nelerdir?” öğrenme konusu; hastaların yaklaşık yarısı, hemşirelerin ise tamamına yakını için en önemli konu olarak belirtilmiştir. Bu konu ile ilgili hasta ve hemşirelerin bakışı, diğer çalışmalardan farklı bulunmuştur. Gerard ve Peterson’ın (1984) ve Wehby ve Brenner’in (1999) çalışmasında kalp yetmezliği risk faktörlerinin, hastalar için en önemli konu olduğu, hemşireler için ise orta derecede önemli olduğu belirlenmiştir. Hagenhoff’un çalışmasında ise hem hasta hem de hemşireler için bu konu en önemli olmuştur. Hastalar, kalp yetmezliği oluşmuş olduğu için bu bilginin kendileri için gerekli olmadığını düşünüyor olabilirler. Oysa hastalığın oluşmasına neden olan bu faktörler kalp yetmezliğinin ilerlemesine de katkıda bulunmaktadır. Risk faktörlerini bilmek, bu faktörleri kontrol altına almak açısından önemlidir. Hemşirelik eğitim programında ise koruyucu hizmetler ön plandadır ve sağlığın geliştirilmesi hedeflenir. Bu nedenle hemşirelerin çoğunluğu bu konuyu önemli buluyor olabilir.

“Kalbimle ilgili ne sorunuz var?” konusu hastaların yarısı için en önemli iken, hemşirelerin hemen hepsi için en önemli öğrenme konusu olmuştur. Luniewski ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı konu hem hastaların hem hemşirelerin çoğu tarafından en önemli bulunmuştur. Araştırma sonuçları göstermektedir ki; hemşireler hastalığın teorisini öğretmeye yönelirken, hastalar kalp yetmezliği oluştuktan sonra teorik bilgiyi değil bu hastalığın yaşamlarını nasıl değiştireceğini ve nasıl baş edeceklerini öğrenmek istemektedir.

“Hastalığının oluşmasına neden olan faktörleri nasıl kontrol altına alabilirim?” konusunu hastaların yaklaşık 1/3’ü en önemli bulurken, hemşirelerin yaklaşık yarısı en önemli olarak değerlendirmiştir. Bu konuyu öğrenme isteği, bireyin özbakım gücüyle ilişkilidir. Özbakım gücü, bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama yeteneğidir (52). Risk faktörlerinin kontrol altına alınması hastalığın ilerlememesi için önemlidir. Hastaların bu konuyu daha az önemsemesinin nedeni olarak özbakım gücünün yetersiz olması düşünülebilir. Özbakım performansının hastanın eğitim düzeyi ile ilgili olduğu yapılan bir çok araştırmada gösterilmiştir (7,10,11). Bu çalışmada ise hastaların %86,8’inin eğitim düzeyi okur yazardır.

“Hastalığının gelecekteki seyri nedir?” konusunu hastalar hemşirelerden daha önemli bulmuştur. Wehby ve Brenner’in çalışmasında da bu konunun hastalar için daha önemli olduğu bulunmuştur. Hastalar ilerleyen süreçte hastalığın nasıl seyredeceğini ve kendilerini nasıl etkileyeceğini merak etmekle birlikte, hemşireler hastalığın kötü olabilen, hem yaşam kalitesi hem de yaşam süresini olumsuz etkileyen prognoz konusunun anlatılması zor olarak değerlendirmiş olabilirler.

“Hangi durumlarda doktora başvurmalıyım?” konusunu hem hastaların hem de hemşirelerin yaklaşık yarısı önemli bulmuştur. Bununla birlikte en az önemli bulan hasta sayısı da azımsanmayacak kadar fazladır. Luniewski ve arkadaşlarının (1999) araştırmasında; bu konu hastalar ve hemşireler tarafından en önemli öğrenme konuları arasında yer almıştır. Özbakım kalp yetmezliğinde önemli bir kavramdır. Hastalar kendi durumları ile ilgili değişiklikleri fark etme ve harekete geçme becerisine sahip olabilmelidir. Ancak hasta kendisinin müdahale edemeyeceği durumları bilmeli ve sağlık çalışanlarından yardım almalıdır. Araştırma bulguları hem hasta hem de hemşirelerin bu konuyu önemsediklerini göstermesinin yanında hastaların önemli bir kısmının da bu konuyu önemsiz bulduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum kalp yetmezliği olan hastalarda öz yönetimin yeterince gelişmediğini

düşündürmektedir. Hastaların eğitim düzeylerinin oldukça düşük olmasının da öz bakımı etkilediği düşünülmektedir.

“Ne zaman bir egzersiz programına başlayabilirim ve hangi egzersizleri yapabilirim?” konusu hem hasta hem de hemşireler için en az önem verilen konu olmakla birlikte hemşirelerin tamamına yakını hastaların ise yaklaşık yarısı bu konuyu en az önemli bulmuştur. Hiçbir hemşire ise bu konuyu en önemli olarak değerlendirmemiştir. Hagenhoff’un çalışmasında bu konu hastalar tarafından en az önemli konu olmuştur. Bunun nedeninin ise cinsel yaşam konusunun bu kategori içinde olduğu belirtilmiştir. Hastalar hem yaşlı olmaları hem de kalp yetmezliğinin semptomları nedeniyle egzersizin kendileri için uygun olmadığını düşünüyor olabilir. Bunun yanında hastalar egzersizi ağır ve yorucu aktiviteler olarak algılamış olabilir. Hemşirelerin bu konuyu önemsememeleri ise düşündürücüdür. Egzersiz kalp yetmezliği olan hastaların yaşam biçimi değişikliği yapması gereken bir konudur. Yaşam tarzı değişikliği ise öz bakım için önemli bir kavramdır.

Tedavi, yurt dışında yapılan araştırmaların çoğunda en önemli olarak değerlendirilen konular arasında yer almıştır. Bu araştırmada ise orta ve son sıralarda önemli olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte bu konunun hemşireler için daha önemli olduğu bulunmuştur. Bailey’in yaptığı araştırmada hastalar hastanede yattıkları sürede en önemli konu olarak risk faktörlerini, taburcu olduktan sonra ise tedavi konusunu seçmiştir. Bunun nedenin, yatış süresi boyunca hastaların ilaçlarını kendilerinin almaması gösterilmiştir (49). Bu çalışma hastanede yapılmıştır. Hastalar hastanede yattıkları süre boyunca ilaçlarını kendileri almadığı için tedavi ile ilgili sorumlulukları bulunmamaktadır. Bu nedenle konunun öneminin farkında olmayabilirler.

“Diyetimde ne gibi değişiklikler yapmalıyım?” konusunu hem hastalar hem de hemşireler çoğunlukla orta önemli bulmakla birlikte, hemşireler bu soruyu hastaların değerlendirmesinden daha önemsiz bulmuştur. Diyet, Wehby ve Brenner’in çalışmasında hemşireler tarafından en önemli, hastalar tarafından ise en az önemli konu olarak tercih edilmiştir. Wehby ve Brenner, hastaların son sırada tercih etmelerinin nedenini ise yerleşmiş diyet alışkanlıklarına bağlamış, bununla birlikte hastanın sodyum alımı ile sıvı retansiyonu arasında ilişki kuramayabileceğini belirtmiştir. Adana da karbonhidrattan zengin, yağlı, baharatlı ve salamura yiyeceklerin tüketildiği bir ildir. Bu nedenle hastalar için diyet alışkanlıklarını değiştirmek zor olabilir. Araştırmanın yapıldığı dört hastanenin diyetisyenlerinin olması ve hastalara diyetle ilgili yazılı materyal verilmesi hemşirelerin bu

konunun daha çok diyetisyenlerle ilgili olduğunu düşünmelerine neden olmuş olabilir.

“Kilo konusunda ne zaman sağlık çalışanlarından yardım almalıyım?” konusu benzer şekilde hasta ve hemşireler için en az önemli olarak değerlendirilen konulardan birisi olmuştur. Bizim kültürümüzde kilolu olmanın zayıf olmaktan daha iyi olduğu düşünülmektedir. Bir kilo bin ayıp örter atasözü de bu düşünceyi desteklemektedir. Hasta ve hemşirelerin bu konuyu önemsememeleri kültürümüzün kilo konusundaki düşünceleriyle açıklanabilir.

Diyet, egzersiz yapma, kilo alma ya da verme ve tedavi ile ilgili öğrenme konuları orta ve son sıralarda tercih edilmiştir. Oysa AHPCR diyet ve tedavi konusunun hasta taburcu edilmeden önce verilmesini açık bir şekilde belirtmektedir. Luniewski ve arkadaşlarının çalışmasında da bu konular orta derecede önemli bulunmuştur. Bu bulgu, hem hastaların hem de hemşirelerin bu konuların kalp yetmezliği olan kişilerde yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumu düzeltmedeki öneminin farkında olmadığını yansıtmaktadır.

“Ailemin hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?” konusu hastalar tarafından çoğunlukla orta derecede önemli olarak seçilirken hemşireler bu konuyu en az önemli bulmuştur. Aile, maddi, sosyal duygusal, davranışsal ve bilişsel yönden hasta için önemli bir kurumdur. Ailenin özelliklerinin kronik hastalığın kontrolünü olumlu yönde etkilediği veya hastalığa bağlı stresin artmasına neden olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle aile, hastanın bakımının her aşamasına dahil edilmelidir. Aile merkezli bakım hastanın hastaneye yatması ile ortaya çıkan emosyonel stresi azaltır ve güven duygusunu artırır. Böylece aile üyeleri kendi yeteneklerine güven duyar ve hastanın bakımında daha az stres yaşarlar (15,29). Araştırma sonuçları aile merkezli bakımın hasta üzerindeki olumlu etkilerinin hemşireler tarafından bilinmediğini düşündürmektedir.

Cinsel yaşam konusu hem hasta hem de tarafından en az önem verilen konu olmuştur. Hagenhoff ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel yaşam konusu egzersiz konusunun içinde yer aldığı için en az önemli konu olarak değerlendirilmiştir. Luniewski ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada da bu konu “en az önemli” olarak bulunmuştur. Luniewski ve arkadaşları’nın yaptığı araştırmada “cinsel yaşam” konusunun en az önemli bulunmasının nedeni olarak hastaların geniş yaş aralığında bulunması ve çoğunun eşinin olmaması gösterilmiş, bir diğer neden olarak “cinsel yaşam” konusunun hem hasta hem de hemşireler tarafından rahat konuşulmadığı vurgulanmıştır. Bu araştırmanın yaş ortalaması 65,57±5,43’tür. Hastaların büyük bir kısmının dul ve yaşlı olmaları nedeniyle, bu eğitim

konusunun kendileri için uygun olmadığını düşünüyor olabilirler. Kùltürlerin cinselliğe bakış açıları birbirinden farklı olduğu gibi aynı kùltür içindeki yöresel farklılıklar da cinselliğe bakışı etkiler (50,51). Ayrıca ÷lkemizde yerleşik cinsellik anlayışının bir parçası olan utanma, çekinme, gizlenme davranışları sorunun konuşulmasını engellemektedir. (51). Cinsellięin konuşulmamasının diğer bir nedeni de dini inançlardır. Adana ili hem kùltürel hem de dini olarak muhafazakardır. Bu faktörlerin hepsi cinsel yaşam konusunun en az önemli olarak değerlendirilmesinde etkilidir. Hemşireler için de bu konunun konuşulması aynı kùltürden gelmeleri nedeniyle zor olabilir. Ancak hemşirelerin cesaretlendirmesiyle hastalar için gizli kalan ve bilinemeyen bu konu öğrenilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kalp yetmezliği olan hastaların öncelikli öğrenme gereksinimlerinin ve hemşirelerin öğrenilmesini önemli buldukları eğitim konularının saptandığı bu araştırmada şu sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Hastaların öncelikli öğrenme gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri birbirinden farklı bulunmuştur.
2. Kalp yetmezliği olan hastalar “Kalp yetmezliğimin kötüye gittiğini nasıl anlayabilirim?”, hemşireler ise “Kalbimle ilgili ne sorunum var?” sorularını en önemli öğrenme konuları olarak belirlemiştir.
3. Tedavi, diyet, egzersiz ve kilo alma ya da verme gibi yaşam tarzı değişikliği gerektiren konular hem hasta hem de hemşireler tarafından orta ve son sıralarda tercih edilmiştir.
4. Cinsel yaşam konusu hem hastaların hem de hemşirelerin en az önem verdiği öğrenme konusudur.

6.2. Öneriler

Araştırma sonunda:

- Hastanın öncelikli öğrenme gereksinimi konusunda hemşirelerin farklı düşünmesinin nedenlerinin araştırılması,
- Hastaların öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesinde yardımcı olan kart sıralama yönteminin hemşireler tarafından kullanılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Baig K, Mahon N, McKenna W. The Pathophysiology Advanced Heart Failure Am Heart J 1998; 135:216-30.
2. Banasik,J.L.: 'Heart Failure and Dysrhythmias: Common Sequelae of Cardiac Diseases', Perceptives on Pathophysiology, (Ed: Lee-Ellen C. Copstead), W.B. Saunders Company, Philadelphia/ London/ Toronto/ Montreal Sydney/ Tokyo, 1995.Pages, 404-425.
3. Davis RC, Hobbs FDR, Lip GYH. History and Epidemiology.(Clinical Review: ABC of heart failure).BMJ 2000;320: 39–42.
4. Phips, W.J., Sands. J.K., Marek, J.F.: 'Heart Failure', Medical Surgical Nursing, Cocept&Clinical Practice, Mosby, St Luis, Philadelphia, Sydney, Toronto,1999, Pages 693-714
5. Roger VL, Weston SA, Redfi eld MM et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community based population. JAMA, 2004; 292: 344–350.
6. Smeltzer, S.C., bare, B.G: "Cardiac Failure: Congestive Heart Failure", Berunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, Eight Edition, Lippincoott Company,1996; Pages 663-677.
7. Carlson B, Riegel B, Moser DK.Self-care abilities of patient with heart failure. Hurt& Lung. 2001; 30 (5),351-59.
8. Luniewski M, Reigle J, White B. Card Sord: An assessment tool for educational needs of patients with heart failure. American Journal of Critical Care 1999; 8(5): 297-303.
9. Wehby D, Brenner S. Perceived learning needs of patients with heart failure. heart lung. 1999; 28(1), 31–40.
10. Artinian NT, Mangan M, Cristian W,Lange MP. What do patient know about their healt failure? Applied Nursing Research, 2002;15(4): 200-208.
11. Bushnell F. Self care teaching for congestive heart failure patients. Journal of Gerontological Nursing. 1992;18(10): 27-32.
12. Türk Kardiyoloji Derneği, 2004. www.tkd.org.tr,2004.
13. Türk İstatistik Kurumu, 2004. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=257.
14. American Hospital Association. The Patient bill of rights. Whashington DC: Author,1990.
15. Durademir A. Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım

- davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi.1999; 3(1), 16-20.
16. Gerard P, Peterson L. Learning needs of cardiac patients. Cardiovascular Nursing. 1984; 20(2), 7-11.
 17. Hagenhoff BD, Feutz C, Conn VS, Sagehorn KK, Moranville-Hunziker M. Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. Journal of Advanced Nursing. 1999;19: 685-690.
 18. Taşocak G. Hasta Eğitimi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını, 2003.
 19. Birol L., Hemşirelik Süreci:Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd Ştd., İzmir.2004.
 20. Şenyuva E, Taşocak G, 'Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci'İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi 1999;Sayı 59.
 21. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 2005
 22. Fadiloğlu,Ç., Akyol,A., “Hekim ve Hemşirelerin Hasta Eğitimi Konusunda Algıladıkları Yapısal ve Davranışsal Engellerin İncelenmesi” Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1996; 12:3.
 23. E. Braunwald. Congestive Heart Failure: A Half Century Perspective European Heart J,2001; 22: 825-36,.
 24. World Heart Federation, 2002; Annual Report.
<http://www.worldheart.org/publication/WHF%20Annual%20Report%202002.pdf>
 25. Devlet İstatistik Enstitüsü, 1999. www.die.gov.tr.
 26. Chan V. Content areas for cardiac teaching: patients' perception of the importance of teaching content after myocardial infarction. Journal of Advanced Nursing.1990; 15, 1139-1145.
 27. Cline C, Bjorck-Linne AK, Israelsson BYA, Willenheimer BB, Erhart LR. Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patient with heart failure. 1999; 1(2):145-49
 28. Karlık B, Yancheski A, Braun J,Wu M. Learning needs of patients with angina. journal of cardiovascular nursing. 1990; 4(2), 70- 82.
 29. Wingate S. Post-MI patients' perceptions of their learning needs. Dimensions of Critical Care Nursing., 1999;(2),112-118.

30. Knowles M et al. Androgogy in action: Applying moden principles of adult learning. Canadian journal of Communication, 1986; 12(1), 77-80.
31. Enç,N., Yiğit,Z., Altınok,M.G. Kalp Yetersizliği El Kitabı, İkinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevi,2005
32. Kimyon, G., ‘Kalp Yetmezliğinin Tanısı ve Tedavi Sonrası Takibinde Brain Natriüretik Peptit’ in Önemi ve Karvedilol Tedavisinin Etkinliği’, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
33. Yılsen, B.,: ‘Konjestif Kalp Yetmezliğinde Karvedilol Kullanımının Güvenlik, Etkinlik ve Tolerabilitesinin İzlendiği Farmakoepidemiyojik Çalışma ’, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
34. Korkmaz, M., ‘Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Pozisyon Değişikliklerinin, Periferik Oksijen Satürasyonuna Etkisinin İncelenmesi’, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2003.
35. Charles CJ, Espiner EA, Nicholls MG, ve ark. Clearence receptors and endopeptidase 24.11: Equal role in natriuretic peptide metobolism in conscious sheep. Am J Physiol, 1996; 271:373-380.
36. Gök, H.: ‘Kalp Yetersizliği’ , Klinik Kardiyoloji, Genişletilmiş İkinci Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd.Şti.,2002; ss: 399-425.
37. McCall, D.: ‘Congestive Heart failure’, İnternal Medicine , Fourth Edition, Mosby Company, (Ed:Jay, H. Stein), 1994; Pages 116-131.
38. Calerlock, J.,Clark, A.P.: ‘Heart Failure Pathophysiologic Mechanism’ American Journal of Nursing, December, 2002; Volume:101, Number:12, Pages26-33.
39. Çağatay, G., Klinik Kardiyoloji, İzmir, 1997.
40. Domaniç, N.: ‘Kalp Yetersizliği’, Galenos, 1997; ss:9-23
41. Komşuoğlu, B., Klinik Kardiyoloji, Nobel Tıp Kitapevi, 2000.
42. Erol, Ç., Klinik Kardiyoloji, (Ed: Kozan,Ö., Sansoy, V.), MN Medikal&Nobel Tıp Kitapevi, 2004; ss:275-333.
43. Enar, R., İlerigelen, B., Okay, T.: ‘Kalp Yetersizliği’, İstanbul, Servier İlaç ve Araştırma A.Ş. 1999;ss:8.
44. Vasan, R.S., Benjamin, E.J., Levy, D. :Congestive Heart Failure with Normal Left Ventricular Systolic Function. Arch. Intern.Med. 1996; 156.146.

45. Kayhan, F., “Kronik hastalıklarda aile dinamikleri”, Ege Üniversitesi HYO Dergisi, 1995;11:2.
46. Bayliss, J., ‘Davies,S.W.: Kronik Kalp Yetmezliği Klinisyenin El Kitabı’ , İstanbul,Bristol-Mayers Squibb, 1994; s:5
47. Birol,L, Akdemir, N. İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı, Genişletilmiş 2. Baskı, 2005; ss:193-200.
48. Çev: Kerem Özer, “Tip II Diyabet ve Başka Kronik Hastalıklarda Ailenin Rolü” (IDF Bulletin 4/1998’den alınmıştır). Diyabetle yaşam dergisi, 2000; sayı:10
49. Bailey, J., Patient and Nurses’ Perceptions of the Cardiac Patient’s Learning Needs. The Florida State University School of Nursing, Master Thesis,2004
50. Lewis, S. Nurses’ knowledge of attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice . Journal of Advanced Nursing, London.1994; 20.251-259,
51. Yıldız, H., Pınar,R. Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Cinsel Dinsfonksiyon. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2004;4:309-17.
52. Tomey MA., Alligood RM. Dorothea E. Orem: self-care deficit theory. Nursing Theorists and Their Work. Fourth Edition, Mosby, 1998.

Ek 1-A Hastalar için tanıtıcı bilgi formu

- 1) İsim :
- 2) Yaş :
- 3) Cinsiyet : () Kadın () Erkek
- 4) Medeni durumunuz :
 - a) Evli b) Bekar
- 5) Eğitim durumu
 - a) Okuma-yazma biliyor
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Orta okul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e) Lisans ve üstü okul mezunu
- 6) Ejeksiyon fraksiyonu (%EF) : (-----)
- 7) Kaç kez hastaneye yattınız : (-----)
- 8) En son yatış tarihiniz : (-----)
- 9) Ne kadar süredir kalp yetmezliği hastalığınız var : (-----)
- 10) Kalp yetmezliğinden başka kronik bir hastalığınız var mı ? (Varsa yazınız)
(-----)

Ek 1-B Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

1) İsim:

2) Yaşınız:

4) Eğitim durumunuz:

4- Sağlık Meslek Lisesi

5- Ön lisans

6- Lisans ya da lisansüstü

5) Kaç yıldır hemşirelik yapmaktasınız? (-----)

6) Kaç yıldır bu hastanede çalışmaktasınız? (-----)

7) Kaç yıldır kardiyoloji kliniğinde çalışmaktasınız? (-----)

8) Kalp yetmezliği ile ilgili kurs, sertifika veya eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır