T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

CANAN DEMİR BARUTCU

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2011

DEU. HSI. MSc- 2008970117

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANAN DEMİR BARUTCU

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

YARD. DOÇ. DR. HATİCE MERT

DEU. HSI. MSc- 2008970117

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Canan DEMİR BARUTCU '**Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi'** konulu Yüksek Lisans tezini 18.04.2011 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Jüri Başkanı

Yard. Doç. Dr. Hatice MERT

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Ayşe BEŞER

Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI

İÇİNDEKİLER

İçindekiler ..... **i**
Tablolar dizini ..... **iii**
Kısaltmalar ..... **iv**
Teşekkür ..... **v**
Özet **1**
Abstract **2**
1.GİRİŞ VE AMAÇ 3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 3
1.2. Araştırmanın Amacı 6
1.3. Araştırmanın Soruları 6
2. GENEL BİLGİLER 7
2.1.Kronik Kalp Yetersizliği 7
2.1.1. Kronik Kalp Yetersizliği Epidemiyojisi 7
2.1.2. Kronik Kalp Yetersizliği Etyolojisi 8
2.1.3. Kronik Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları 8
2.1.4. Kronik Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması 9
2.1.5. Kronik Kalp Yetersizliği Tanısı 11
2.1.6. Kronik Kalp Yetersizliği Tedavisi 11
2.1.7. Hemşirelik Bakımı 13
2.2. Sosyal Destek 14
2.2.1. Kalp Yetersizliği ve Sosyal Destek 15
2.3. Yaşam Kalitesi 17
2.3.1. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Tipi 20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 20
3.3. Araştırmanın Örneklemi 20
3.4. Veri Toplama Araçları 22
3.4.1. Hasta Bilgi Formu 22
3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 23
3.4.3. Sol Ventrikul Disfonksiyonu Ölçeği 24

3.5. Veri Toplama Süreci 25
3.6. Araştırma Planı 25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 26
3.9. Etik Kurul Onayı 26
4. BULGULAR 27
5. TARTIŞMA 29
5.1. Sosyal Destek ile İlgili Bulguların İncelenmesi 29
5.2. Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguların İncelenmesi 30
5.3. Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 33
7. KAYNAKLAR 34
8. EKLER 43
Ek-1: Hasta Bilgi Formu 43
Ek-2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 44
Ek-3: Yaşam Kalitesi Ölçeği 45
Ek-4: Etik Kurul İzni 46
Ek-5: Kurum İzni 47
Ek-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu 49
Ek-7: Özgeçmiş 50

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Semptomlara Yönelik Kalp Yetersizliği Evrelendirilmesi..... 10
Tablo 2: Kalp Yetersizliği'nde Kullanılan İlaçlar ve Hemşirelik Girişimleri 12
Tablo 3: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı..... 21
Tablo 4: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı 22
Tablo 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları..... 23
Tablo 6: Sol Ventrikul Disfonksiyonu (LVD-36) Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları 24
Tablo 7: Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı 27
Tablo 8: Hastaların Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı 27
Tablo 9: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Arasındaki İlişki..... 28

KISALTMALAR

ACC: American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Birliği)

ACE: Anjiotensin Converting Enzim

AÇT: Aldığı Çıkardığı Takibi

AHA: American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)

CVP: Central Venous Pressure (Santral Venöz Basınç)

EF: Ejeksiyon Fraksiyon

EKO: Ekokardiyografi

ESC: European Society of Cardiology (Avrupa Kalp Derneği)

HAPPY: Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey (Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması)

HRQOL: Health Related Quality of Life (Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi)

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KKY: Kronik Kalp Yetersizliği

KY: Kalp Yetersizliği

LVEF: Left Ventricular Ejection Fraction **(**Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyon)

LVD: Left Ventricul Dysfunction (Sol Ventrikül Disfonksiyon)

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği)

NYHA: New York Heart Association (New-York Kalp Birliği)

PND: Paroksismal Nokturnal Dispne

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, destek ve anlayışıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice MERT'e, tez çalışmamım planlama, yürütme aşamalarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e, Sayın Yard. Doç. Dr. Murat BEKTAŞ' a, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilimdalı Ekibine, destek, sabır, ilgi ve anlayışıyla her zaman yanımda olan ailem ve eşime teşekkür ederim.

Canan DEMİR BARUTCU

ÖZET

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Canan DEMİR BARUTCU

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

canan.demir@deu.edu.tr

Amaç: Bu araştırma kalp yetersizliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Ocak-Eylül 2010 tarihleri arasında iki üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerinde yürütülmüştür. Çalışma örneklemini araştırmaya dahil etme kriterlerine uygun 150 hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek için Sol Ventrikul Disfonksiyon (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36) Ölçeği kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Sol Ventrikul Disfonksiyonu arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir.

Bulgular: Araştırma sonuçlarına göre hastaların algıladıkları sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 49.34 ± 17.57, aileden algılanan sosyal destek 24.25 ± 6.17, arkadaştan algılanan 12.75 ± 8.16, aile ve arkadaş dışındaki kişilerden algılanan sosyal destek 12.33 ± 7.81 olarak saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının 69.25 ± 23.12 olduğu bulunmuştur. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile sol ventrikül disfonksiyon ölçeği puan ortalamaları arasında ters yönde (negatif) orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=.-.356 p=.000). Hastaların algıladığı sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır. Bu durum hastaların sosyal desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler: Kalp yetersizliği olan hastalarda aileden ve diğer kişilerden algılanan sosyal desteğin tanımlanması ve geliştirilmesi hemşirelik uygulamaların önemli bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetersizliği, Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Canan DEMİR BARUTCU
Dokuz Eylul University School of Nursing
canan.demir@deu.edu.tr

Aim: The aim of this study was to examine the relationship between social support and quality of life in heart failure patients.

Method: The study was carried out in the cardiology outpatient unit at two university hospital between January-September 2010. Study sample is composed of 150 patients who meet inclusion criteria. Patient Demographic Form, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, to assess the quality of life Left Ventricular Dysfunction Scale (LVD-36) were used for the data collection. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation test.

Results: The mean total perceived social support, perceived social support from family, perceived social support from friends and perceived social support from others score were 49.34 ± 17.57, 24.25 ± 6.17, 12.75 ± 8.16 and 12.33 ± 7.81, respectively. The mean quality of life score was 69.25 ± 23.12. There was a moderately significant negative correlation between the Multidimensional Scale of Perceived Social Support scores and Left Ventricular Dysfunction Scale scores (r=.-.356 p=.000). As their perceived social support scores increased, quality of life scores significantly decreased. It shows that quality of life of patients was increased by increasing social support.

Conclusions: Determining and improving family and others' social support of heart failure patients should be essential part of nursing practice.

Key Words: Heart Failure, Social Support, Quality of Life, Nursing

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kalp yetersizliği sık görülmesi, görülme sıklığının her geçen yıl artması ve çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus gibi hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği insidansını ve mortalitesini artırmaktadır (Jessup ve ark. 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 5,7 milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olduğu ve bu sayıya yaşları 45 ve üzeri olan 670 bin yeni vaka eklendiği rapor edilmiştir (Lloyd ve ark. 2010). Türkiye'de kalp yetersizliği prevalansı ve belirleyicileri araştırmasının (HAPPY 2007) ara analizine göre üç - dört milyon kişide kalp yetersizliği (KY) sorunu bulunmaktadır (Değertekin 2007).

Kalp yetersizliği; temel gereksinimlerin karşılanamaması, beden imgesinin değişmesi, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar gibi durumlar nedeniyle düşük yaşam kalitesine neden olan bir hastalıktır (Carlson ve ark. 2001, Riedinger ve ark. 2001, Akdemir ve Birol 2003, Johansson ve ark. 2004). Kalp yetersizliği ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesinin azaldığı, morbidite ve mortalite oranlarının belirgin olarak arttığı belirtilmiştir (Archana ve Gray 2002, Murberg 2004, Zambroski ve ark. 2005, Özer ve Argon 2005, Johansson ve ark. 2004). Heo ve arkadaşları (2009) yaptığı kalitatif çalışmada; kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesinin, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını yapabilme yeteneklerine, genel mutluluklarına ve diğer bireylerle iletişimlerine bağlı olduğunu saptamıştır.

Kalp yetersizliği olan hastalarda motivasyonel desteğin yaşam kalitesi unsurlarını (egzersiz, günlük yaşam aktiviteleri, diyet uyumu) arttırdığı belirtilmektedir (Archana ve Gray 2002, Strömberg ve Martensson 2003, Sayers ve ark. 2008, Miche ve ark. 2009). Yapılan çalışmalarda yüksek sosyal desteği olan kalp yetersizliği hastalarının yaşam umutlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Löfvenmark ve ark. 2009).

Sosyal destek; bireyin duygusal problemleriyle mücadele edebilmesi için psikolojik dinamiklerini güçlendiren, bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan aile, arkadaşlar, komşular ve kurumlardan aldığı destek olarak tanımlanabilir (Tan ve Karabulutlu 2005). Kalp yetersizliğinde hastaların hastalıklarının belirti ve bulguları, ilaçların yan etkileri gibi tıbbi sorunları ve psikososyal problemleri sosyal destek gereksinimlerini arttırabilir (Krumhollz ve ark. 1998, Rector ve ark. 2006). Bu dönemde uzun bir tedavi sürecinde olan hastalar çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duydukları zamanda sosyal destekten yoksun kalabilmektedirler (Krumhollz ve ark. 1998, Rector ve ark. 2006, Pattenden ve ark. 2007, Löfvenmark ve ark. 2009).

Hastanın sosyal iletişimi gibi psikososyal faktörler mortalitenin belirlenmesinde önemli rol oynar. Kalp hastalarında yapılan çalışmalarda düşük sosyal desteğin ve sosyal izolasyonun mortalite riskini arttırdığı rapor edilmiştir (Krumhollz ve ark. 1998, Murberg ve Bru 2001, Luttik ve ark. 2005). Özellikle eşlerden gelen sosyal desteğin azalmasının, diğer destek ağlarına göre (arkadaş, akraba) tekrarlı yatışları ve mortaliteyi arttırdığı belirtilmektedir (Murberg 2004). Murberg ve Bru (2001)'in çalışmasında duygusal desteği azalmış olan ve yalnız yaşayan kişilerde psikolojik stresin oluştuğu ve uyumun zorlaştığı sonuç olarak da yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir. Boutin (2005) koroner hastalığı olan hastaların algıladıkları sosyal desteği inceledikleri çalışmada, sosyal desteğin yaşam şekli değişiklikleri (diyet, egzersiz, ilaç alımı vb.) ve tedaviye uyum üzerine olumlu etkileri olduğunu bulmuştur.

Artmış sosyal destek kalp yetersizliği hastalarının düşük yaşam kalitesini geliştirmek için bir yol olabilmekte ve yorgunluk, göğüs ağrısı gibi kalp yetersizliği semptomlarının etkin yönetimini sağlamaktadır (Bennett ve ark. 2001). Kalp yetersizliği hastalarında sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bennett ve arkadaşlarının (1998) kalp yetersizliğinde yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Hastaların algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt boyutu arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, hastaların fiziksel sağlığı bozulduğunda daha fazla destek gereksinimi olduğu belirtilmiştir. Bennett ve arkadaşlarının (2001) kalp yetersizliği hastalarında cinsiyete göre sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada hastalarının sosyal destek düzeylerini kısmen yüksek, yaşam kalitesi düzeylerini ise

orta düzeyde bulmuştur. Sosyal destekteki değişimlerin belirgin olarak yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Westlake ve arkadaşlarının (2002) kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada hastaların sosyal destek düzeylerini kısmen yüksek, yaşam kalitesinin fiziksel ve mental sağlık alt boyutunun genel popülasyondan düşük olduğunu bulmuşlardır. Sosyal ağ, sosyal destek ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında ilişki bulunmamıştır.

İnsanların sağlıkla ilgili bir problemi oluştuğunda, yaşamdan doyum alma düzeyleri ve sosyal ilişkileri bozulabilir. İnsanlar stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında çevresinden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilmektedir. Sosyal desteğin kronik hastalığı olan hastalar için büyük önemi vardır (Aksüllü ve Doğan 2004). Sosyal desteği olanlar, daha kolay iyileşmekte, yaşam kaliteleri yükselmekte ve hastalıklarla baş etme güçleri artmaktadır (Luttik ve ark. 2005, Ardahan 2006). Sosyal desteğin sağlanmasında en önemli görev hasta ile en çok zaman geçiren hemşirelere düşmektedir. Sosyal destek sağlamada hemşire, öncelikle bireyin destek kaynaklarını belirlemeye ve stres yaşayan bireye ne tür desteğin yarar sağlayacağını tespit etmeye çalışmalıdır. Hemşirelerin hastaların algıladıkları sosyal desteği arttırmaya yönelik girişimleri; aile ilişkilerinin güçlendirilmesini sağlamak, bireyin sosyal destek kaynaklarının farkına varmasını sağlamak, aileye ve bakımverenlere hasta için sosyal desteğin önemini anlatmak, hasta ve ailesine bu konuda eğitim vermek olarak sıralanabilir. Bu sayede hasta ve aile üyeleri tedaviye daha kolay uyum sağlayabilir ve bakım yönetimine katılabilir. Hemşirelerin hastanın sosyal destek sistemlerine işlerlik kazandırması hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Yaşam kalitesi ve sosyal destek üzerine Avrupa da yapılan çalışmaların aksine ülkemizde kalp yetersizliği hastalarının algıladıkları sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemeye yönelik çalışmaya ulaşılamadığı için bu çalışma kalp yetersizliği olan hastalarının algıladıkları sosyal destek ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlı planlanmıştır. Kalp yetersizliği hastalarında sosyal destek özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin belirlenmesi, hastayı destekleyecek nitelikte profesyonel yardımın sunulmasına katkı sağlayacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; kalp yetersizliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Kalp yetersizliği olan hastaların sosyal destek düzeyi nedir?

2. Kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesi düzeyi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ

Kalp yetersizliği (KY), ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizlik sonucu gelişen, ilerleyici, ciddi semptomların olduğu ve fonksiyonel kapasitenin azaldığı klinik bir durumdur. Bununla birlikte kalp yetersizliği yüksek insidans, prevalans, morbidite ve mortalite oranlarıyla uluslararası bir sağlık problemidir (Jessup ve ark. 2009).

2.1.1. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Populasyonun gittikçe yaşlanması kronik hastalıkların oranında artışa neden olmuştur. Hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus v.b. hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği insidansını artırmaktadır (Mair ve ark. 1996). Genel olarak KY prevelansı 40-59 yaş grubunda %2, 60-69 yaş grubunda yaklaşık %5, 70-80 yaş nüfusta %10 - 20 arasında değişmektedir. Genç grupta erkeklerde görülme sıklığı koroner arter hastalıkları (KAH) nedeniyle daha sıktır fakat yaşlılarda her iki cinsiyette eşit oranda görülmektedir (Dickstein ve ark. 2008, İlerigelen 2010).

Kalp yetersizliği insidansı ve prevalansı artarken, mortalitesi de artmaktadır (Mair ve ark. 1996). Kalp yetersizliğinde iki yıl içinde sağkalım oranı %79 olup bu oran beş yılda %59' a düşmektedir (Cowie ve ark. 2000). Tanı sonrası bir yıl içindeki mortalite oranı yaklaşık %25, on yıl içinde %40 ve onbeş yıl içinde %56'dır (Funk ve Krumholz 1996, Happ ve ark. 1997, Mosterd ve ark. 1999, Mcmurray ve Stewart 2000, Sharma ve Kalra 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 5,7 milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olduğu ve bu sayıya yaşları 45 ve üzeri olan 670 bin yeni vaka eklendiği rapor edilmiştir ve her sekiz ölümden birisinin kalp yetersizliği nedeniyle olduğu belirtilmiştir (Lloyd ve ark. 2010).

HAPPY çalışmasının ara analizine göre Türkiye'de üç-dört milyon kalp yetersizliği (KY) hastası bulunmaktadır ve kalp yetersizliği hastalarının %80'ini diyastolik kalp yetersizliği olan hastaların oluşturduğu belirtilmektedir. Analiz sonuçlarına göre 35-54 yaş arası erkeklerde kalp yetersizliği prevelansı %24.8 iken kadınlarda %24.6'dır. 55-64 yaş arası erkeklerde %6.7 iken kadınlarda %7.1, 65 yaş üstü erkeklerde %6.1 iken kadınlarda %8.1

olarak bulunmuştur. Kalp yetersizliği olan üç-dört milyon kişi arasında bir-bir buçuk milyon kişinin günlük işlerini yapamayacak kadar rahatsız olduğu belirtilmiştir (Değertekin 2007).

2.1.2. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ ETİYOLOJİSİ

Kalp yetersizliğine neden olan faktörler koroner arter hastalığı, primer kapak hastalıkları, hipertansiyon, alkol alımı, toksinler, viral, metabolik (hipertiroidi-hipotiroidi, akromegali, hemokromatozis, diyabetik), infektif, infiltratif (sarkoid, amiloid) nedenler olarak sıralanabilir (Okay 2001, İlerigelen 2007, Lewis ve ark. 2007, Sharma ve Kalra 2009).

Türk eğitim hastanelerinde konjestif kalp yetersizliğinin epidemiyolojik ve farmakolojik profilini 661 hasta üzerinde inceleyen araştırma sonuçlarına göre kadın hastaların KKY etyolojilerinde hipertansiyon ve romatizma varken erkek hastalarda iskemi daha sık görülmüştür (Ergin ve ark. 2004).

2.1.3. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ BELİRTİ VE BULGULARI

Kalp yetersizliğine neden olan hastalık ya da klinik durumlar sonucunda miyokardın kasılma gücü azalarak ventrikülün sistol ya da diyastol işlevi ya da her ikisi birden bozularak kalp debisi düşer. Miyokardın işlev bozukluğu, kalp yetersizliği belirti ve bulgularının ortaya çıkmasına neden olur. Kalbin iş yükü arttığında, vücudun metabolik gereksinimlerini sağlayacak işlevleri sürdürecek düzeyde kalp debisini sağlamak amacıyla sempatik sinir sistemi uyarılır, sempatik sisteminin uyarılması ile vazokonstriksiyon, taşikardi ve miyokard kontraktilitesinde artış meydana gelir. Bu durum kısa süreli hayati organlara kompanzasyonu sağlarken uzun sürede kalbin oksijen ihtiyacını arttırır, miyokarda direkt toksik etkisi ortaya çıkar, aritmiler ve renin salınımında artış olur (Okay 2001, İlerigelen 2007, Lewis ve ark. 2007, İlerigelen 2010). Diğer taraftan kalbin pompalama gücü azaldığından diyastol sonu volüm artar. Ventrikül basıncının artması ve çapının genişlemesi sonucu ventrikül kas duvarında bir gerilim meydana gelir ve bunun sonucunda da sol ventrikülde bulunan miyokardiyal hücrelerin yapısı değişir (hücre sayısı ve büyüklüğü). Bu durum kanı perifere pompalama amacı taşır fakat hipertrofik miyokard ilerleyen dönemde kontraktilitenin ve oksijenlenmenin bozulmasına, debinin düşmesine ve miyokardın iş yükünün artmasına neden olur. Miyokardın iş yükü arttıkça myofibrillerin kontraktilitesi azalır bunun sonucunda ventrikül içindeki diyastol sonu volum ve miyokardın duvar gerilimi artar, ventrikülde

dilatasyon oluşur (Okay 2001, İlerigelen 2007, Lewis ve ark. 2007, Sharma ve Kalra 2009, Smeltzer ve ark. 2010).

Kalpte meydana gelen bu değişiklikler nedeniyle kalbin etkilenen bölümüne göre hastaların yaşadığı belirti ve bulgular farklılık gösterebilir. Kalp yetersizliğinde görülen belirti ve bulgular; pulmoner konjesyona, sistemik venöz konjesyona ve düşük kardiyak outputa bağlı olmak üzere üç gruba ayrılabilir (Badır 2009, Smeltzer ve ark. 2010). Kalp yetersizliğinin pulmoner konjesyona bağlı en sık semptomları dispne, ortopne ve paroksismal nokturnal dispne (PND)' dir. Pulmoner konjesyon varlığında akciğerlerde raller ve wheezing duyulabilir (Smeltzer ve ark. 2010). Sistemik venöz konjesyona bağlı semptomları periferik ödem, asit ve hepatik konjesyon, karın ağrısı veya bulantı, karaciğer kapsülünün gerilmesine bağlı sağ üst kadranda ağrı, dispne, tibial ödem, nokturi, oligüridir (Okay 2001, İlerigelen 2007, Lewis ve ark. 2007, Sharma ve Kalra 2009, Smeltzer ve ark. 2010). Düşük kardiak debiye bağlı olarak yorgunluk, egzersiz toleransında azalma, mental durum değişiklikleri (unutkanlık, sinirlilik) görülebilir (Dickstein ve ark. 2008, Sharma ve Kalra 2009, Smeltzer ve ark. 2010).

2.1.4. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ SINIFLANDIRMASI

New-York Kalp Birliği (New York Heart Association [NYHA]) sınıflaması ve Amerikan Kardiyoloji Birliği (American College of Cardiology [ACC]) ve Amerikan Kalp Birliği'nin (American Heart Association [AHA]) kılavuzuna göre hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik kalp yetersizliği sınıflandırması Tablo 1' de verilmiştir (Okay 2001, İlerigelen 2007, Lewis ve ark. 2007, Jessup ve ark. 2009).

Tablo 1. Semptomlara Yönelik Kalp Yetersizliği Evrelendirilmesi

NYHA sınıflaması		ACC/AHA sınıflaması	
DÜZEY 1	Bireyler normal fiziksel aktivitelerini kısıtlayan bir semptom yaşamazlar.	Evre A	Kalp yetersizliği gelişimi ile yüksek ilişkili durumlar nedeniyle yüksek riskli hastalar (alkol alımı, DM, HT, kardiyomyopati)
DÜZEY 2	Normal fiziksel aktiviteleri yapabilir fakat yorgunluk, çarpıntı, dispne ya da göğüs ağrısı görülebilir.	Evre B	Kalp yetersizliği belirti ve bulguları göstermeyen fakat yapısal kalp hastalığı gelişmiş hastalar (MI, kapak hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi)
DÜZEY 3	Hastaların normal aktivitelerini kısıtlayan semptomlarla karakterizedir. İstirahat halinde semptomlar yoktur fakat fiziksel aktivite arttıkça yorgunluk, çarpıntı, dispne ve göğüs ağrısı görülebilir.	Evre C	Altta yatan yapısal kalp hastalığına bağlı olarak, halen veya önceden kalp yetersizliği belirtileri olan hastalar
DÜZEY 4	Hastaların istirahat halinde bile semptomatik olmasıdır. Fiziksel aktivite oldukça sınırlıdır.	Evre D	İleri yapısal kalp hastalığı olan ve maksimal medikal tedaviye rağmen istirahatte belirgin olarak kalp yetersizliği belirtileri olanlar

2.1.5. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ TANISI

Kalp yetersizliğinde tanı;

1. Tipik kalp yetersizliği semptomları (dinlenme ya da egzersiz sırasında nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, ayak bileklerinde şişme)

2. Kalp yetersizliği bulguları (taşikardi, taşipne, pulmoner raller, plevral efüzyon, boyun ven basıncında artış, periferik ödem, hepatomegali)

3. Dinlenme sırasında kalpte yapısal ya da fonksiyonel bozukluklara ilişkin objektif kanıt (kardiyomegali, üçüncü kalp sesi, kalpte üfürümler, ekokardiyografide bozukluklar, natriüretik peptid konsantrasyonunda artış) varlığıyla konur (Dickstein ve ark. 2008, Sharma ve Kalra 2009, İlerigelen 2010).

2.1.6. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ TEDAVİSİ

Kalp yetersizliğinin tıbbi tedavisindeki gelişmelere rağmen, morbidite ve mortalite oranları halen yüksektir (Smeltzer ve ark. 2010). Özmen ve arkadaşları (2006) makalesinde kalp yetersizliğinin nedeni ne olursa olsun dijital, diüretik, ACE inhibitörü, B bloker ve statinler gibi bilinen standart tedavisi ve biventriküler pacemaker gibi perkutan cihaz tedavisi yöntemlerine rağmen günümüzde mortalite ve morbilite oranlarının hala yüksek olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle kalp yetersizliğinde tedavinin amaçları prognozu iyileştirmek, mortalite ve morbiditeyi azaltmak, semptomları gidermek, buna bağlı hastane yatışlarını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaya yöneliktir. Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar ve hemşirelik girişimleri Tablo 2'de verilmiştir (İlerigelen 2007, Dickstein ve ark. 2008, İlerigelen 2010, Smeltzer ve ark. 2010).

Tablo 2. Kalp Yetersizliğinde Kullanılan İlaçlar ve Hemşirelik Girişimleri

KY'de KULLANILAN İLAÇLAR	ETKİ MEKANİZMASI	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
ACE inhibitörleri	Pulmoner konjesyonu azaltır, arterlerde vazodilatasyon yaparak periferik direnci düşürür, ard yükü azaltır ve kalp debisinde artış sağlar	Böbrek fonksiyonları izlenir Günlük sıvı ve kilo kontrolü yapılır Kan basıncı sık aralıklarla ölçülür. Öksürük kontrol altına alınır. Hiperpotasemi belirti ve bulguları gözlenir. Ödem takibi yapılır.
Anjiotensin II reseptör blokerleri (ARB'ler)	Anjiyotensin II reseptörlerine etki ederek Anjiyotensin II salınımını bloke eder	
Beta blokerler	Norepinefrin, renin ve endotelin gibi vazokonstriktörlerin düzeylerini azaltır. Mortalite, morbiliteyi ve hastaneye yatışı azaltır. Hemodinamik düzelme, antiaritmik yarar, antioksidan etki, kalp hızında azalma, diyastolik perfuzyon zamanını düzelterek koroner kan akımı artışı sağlar. Egzersiz kapasitesini arttırır.	Azalmış kalp hızı, yorgunluk, öksürük ve semptomatik hipotansiyon kontrol altına alınır. Hasta sinüs sendromuna, ikinci ya da üçüncü derece kalp bloklarına karşı dikkatli olunur. Kan basıncı ve nabız kontrolü yapılır. Sistolik kan basıncı 100 mmHg'nın, nabız sayısı dakikada 60'ın altında ise ilaç dozu atlanır.
Diüretikler	Pulmoner ve sistemik venöz konjesyon semptomlarında düzelme sağlar.	Elektrolit anormallikleri, renal disfonksiyon, diüretik direnci, azalmış kan basıncı kontrol altına alınır. Düzenli monitorizasyon yapılır. Günlük kilo takibi yapılır. İnkontinans/ idrar retansiyonu izlenir.
Digoksin	Kontraktiliteyi ve vagal tonusu arttırır, ventrikül hızını azaltır, diyastol sırasında ventrikülün daha iyi dolmasını sağlar.	Dijital entoksikasyonu belirtileri (iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, kilo kaybı, halüsinasyonlar, mental konfüzyon, psikoz, uykusuzluk, baş dönmesi, halsizlik, bulanık görme, çeşitli ritim-iletim bozuklukları)'ne karşı dikkatli olunur. Düzenli aralıklarla kan düzeyi kontrol edilir.
Kalsiyum kanal blokerleri	Koroner arter düz kaslarını gevşeterek dilatasyon oluşturur. Kalp hızını ve ön yükü azaltır.	Semptomatik hipotansiyon, baş dönmesi, uykulu olma durumu gözlenir.

2.1.7. HEMŞİRELİK BAKIMI

Kalp yetersizliğinde tedavi ve bakımın amacı kardiak debiyi arttırmak, kalbin iş yükünü azaltmak, komplikasyonları önlemek, dekompanse dönem bulgularını erken saptamak, hastanın tekrar hastaneye yatma sıklığını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu nedenle kişinin hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, bu bilgilendirme doğrultusunda hastalığa uyum sağlaması, yaşam şeklinde değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif olarak katılımı ve işbirliği yapmasını gerektiren bir hastalıktır (Carlson ve ark. 2001, Ünsar 2007, Eren 2009).

Kalp yetersizliği olan hastalara sağlıklarını korumak amacıyla yıllık grip aşısı ve her beş yılda bir pnömokok aşısı yaptırması, sigarayı bırakması ve kilo vermesi önerilir (Nichol ve ark. 2003, Dickstein ve ark. 2008). Kalp yetersizliği olan hastaların günde alacakları sodyumun 1,5-2.0 grama indirilmesi, her sabah aynı saatte aynı kıyafetlerle tartılması önerilir. Aşırı sıvı alımının riskleri ve nasıl kısıtlama yapacağı açıklanır. Hiponatremi ile seyreden şiddetli KY semptomları olan hastalarda günlük sıvı alımının 1,5-2 lt ile sınırlandırılması önerilmekle beraber hafif ve orta derecede kalp yetersizliği olan hastalarda sıvı kısıtlamasının klinik anlamda yararlı olmadığı belirtilmiştir (Dickstein ve ark. 2008, İlerigelen 2010, Travers ve ark. 2007). Hastanın yapabildiği, yapabileceği aktiviteler ve tolerans düzeyi belirlenerek katılımı desteklenir. Hasta ve yakınlarıyla aktivite rehberi oluşturulur. Enerji koruma teknikleri öğretilir (oturarak çalışmak, çekmek yerine itmek, sık kullanılan eşyaları yakın yerlere koymak v.b.) (Piepoli ve ark. 1998, Graham ve ark. 2007, Ünsar 2007, Dickstein ve ark. 2008, Karadakovan ve Aslan 2009, İlerigelen 2010).

Kilo artışı (haftada 2-3 kg'dan fazla), iştah kaybı, efor dispnesi, istirahat dispnesi, ortopne, ayak bileği, ayaklar ve karında ödem, inatçı öksürük, gece sık idrara çıkma, nokturnal dispne (gece uykudan uyandıran dispne) gibi belirtilerden herhangi biri görüldüğünde sağlık personeline bildirmenin önemi vurgulanır. (Birol 2004, Lewis ve ark. 2007, Dickstein ve ark. 2008, Karadakovan ve Aslan 2009, Smeltzer ve ark. 2010).

İlaçları reçetedeki gibi alması, ilaçları almadan önce kalp hızını izlemesi önerilir. Kan basıncı takibi yapması ve ortostatik hipotansiyon belirtilerini öğrenmesi ve korunma yollarını bilmesi sağlanır. Antikoagulan ilaçların yan etkilerine yönelik kanama takibi, coumadin alıyorsa INR takibi önerilir. İlaçların yan etkileri konusunda bilgilendirilir (Dickstein ve ark. 2008).

2.2. SOSYAL DESTEK

Sosyal desteği, Cobb (1976) bir kişinin bakıldığına, sevildiğine, saygı duyulduğuna, sosyal ilişkiler içinde olduğuna inanmasına neden olan bilgi olarak, Cohen ve Syme (1985) ise diğer kişiler tarafından sağlanan kaynak olarak tanımlamıştır. Sosyal destek; bireyin duygusal problemleriyle mücadele edebilmesi için psikolojik dinamiklerini güçlendiren, bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan aile, arkadaşlar, komşular ve kurumlardan aldığı destek olarak da tanımlanabilir (Langford ve ark. 1997, Tan ve Karabulutlu 2005)

Savcı'nın (2006) yaptığı çalışmada sosyal desteği ifade eden dört işlev olduğu belirtilmiştir. Bu işlevler şöyle tanımlanmıştır:

1)Duygusal destek: Empatinin, bakımın ve bireye olan ilginin ifade edilmesidir. Kişiye sevilme, rahatlık, şefkat, yakınlık gibi duygular verir.

2)Yardım (araçsal) destek: Bireyin yapmakla yükümlü olduğu günlük işleri (alışveriş, fatura ödemesi, çocuk bakımı vb) yapmak gibi doğrudan yardımları içermektedir.

3)Bilgi desteği: Bilgi, öğüt, yönlendirme, öneri içerir.

4)Güven desteği: Çevresindekilerin bireyi desteklemesi, onunla aynı duygu ve düşünceleri paylaştıklarını bildirmeleri gibi davranışları içerir.

Bu işlevlerin hangi türünün daha yararlı olduğu bireyin kullanım durumuna göre değişmektedir. Bireyin gereksinimi ile ona verilecek destek türünün ve destek verecek kişinin uyumlu olması gerekmektedir. Ancak bu uyum sağlandığında etkili sosyal destek varlığından söz edilebilir.

İnsanların sağlıkla ilgili bir problemi oluştuğunda, yaşamdan doyum alma düzeyleri ve sosyal ilişkileri bozulabilir. Bu durumda insanlar çevresinden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilir (Aksüllü ve Doğan 2004). Geniş bir sosyal ağ içinde olan bireylerin kendini daha mutlu ve güvende hissettikleri, sosyal desteği yetersiz olan bireylerin ise ruhsal hastalık geliştirme riskini arttıran anksiyete ve değersizlik duygularını sık yaşadıkları belirtilmiştir. Stresle karşılaşıldığında bireylerin profesyonel destekten önce eş, arkadaş ya da akrabalarına yani sosyal destek kaynaklarına başvurdukları belirtilmektedir (Özgür 1993).

Sosyal destek bakımın merkezinde yer alan bir kavram olması açısından hemşireleri yakından ilgilendirmektedir. Sosyal destek ihtiyaç olduğu an elde edilebiliyorsa yeterlidir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların destek ihtiyacını iyi ve zamanında tanımlamaları, ihtiyaç

duyulan desteğin tipi ve gerekliliği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Ardahan 2006).

Hemşirelerin en önemli bağımsız fonksiyonlarından biri olan danışmanlık hizmetlerinde hastaların ihtiyaç duydukları gereksinimleri belirlenmeli, sorunları saptanmalı, çözüm yolları aranmalı, ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmeli yani hemşirelik süreci ele alınarak hastaya destek sağlanmalıdır. Bu süreçte hemşire hastaların algıladıkları kriz durumlarını, kişisel güçlerini, sosyal ilişkilerini, sosyal izolasyon yaşama durumlarını, ekonomik durum, yaş, kültür gibi özelliklerini ayrıntılı şekilde tanımlamalıdır. Eğer sosyal destek sorunun çözülmesine katkı sağlamıyorsa nedenleri sorgulanmalı, birey merkezli veya dışarıdan kaynaklanan engeller saptanmalıdır. Tüm bu etmenler belirlendikten sonra hemşire sosyal desteğin etkisini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Bu alanda veriler toplandıktan sonra benlik saygısında bozulma, aile içi ya da bireysel etkili baş etmede yetersizlik, sosyal izolasyon, aile sürecinde bozulma, umutsuzluk, güçsüzlük gibi hemşirelik tanıları düşünülmeli ve krizin çözülmesi, etkili baş etme becerilerinin kazanılması gibi hedefler belirlenmelidir (Alley ve Foster 1990, Kelin ve ark. 1996, Ardahan 2006).

2.2.1. KALP YETERSİZLİĞİ VE SOSYAL DESTEK

Kalp yetersizliğinde görülen semptomlar hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel semptomların uzun süre devam etmesi ise hastalarda psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Bu dönemde hastaların hastalıklarının belirti ve bulguları, ilaçların yan etkileri gibi tıbbi sorunları, sosyal destek gereksinimlerini arttırabilir (Krumhollz ve ark. 1998, Rector ve ark. 2006). Uzun bir tedavi sürecinde hastalar çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duydukları zamanda sosyal destekten yoksun kalabilmektedirler (Krumhollz ve ark. 1998, Rector ve ark. 2006, Pattenden ve ark. 2007, Löfvenmark ve ark. 2009).

Sosyal iletişimin bireyleri, kalp hastalıklarının olumsuz etkilerinden koruduğu belirtilmiştir (Luttik ve ark. 2005). Macmahon ve Lip'in (2002) kalp yetersizliğinde anksiyete, depresyon, baş etme yolları ve sosyal destek düzeyi gibi psikolojik faktörleri incelediği çalışmada sosyal destek düzeyinin kalp yetersizliğinde en önemli belirteç olduğu saptanmıştır. Sosyal desteği olmayan, sosyal olaylara katılımda zorluk yaşayan kalp

yetersizliği hastalarının ilk altı yıl içindeki mortalite risklerinin %30 arttığı belirtilmektedir. Sosyal destek azlığı özellikle de eşlerden gelen destek azlığı kronik kalp yetersizliği hastalarında mortalite ve tekrarlı yatışların en önemli göstergelerinden biri olarak belirtilmektedir (Murberg 2004). Sosyal ilişkinin (algılanan sosyal destek ve sosyal izolasyon) mortalite riski üzerine etkilerini değerlendiren çalışmada sosyal izolasyonun mortaliteyi belirleyici faktör olduğu bulunmuştur (Murberg ve Bru 2001). Mevcut sosyal desteğin azalması, eş, aile, arkadaş ve diğer akrabalar ile olan iletişimin azalması sosyal ilişkiyi azaltmakta ve mortaliteyi arttırmaktadır. Aileden ve arkadaştan algılanan yeterli sosyal desteğin tekrarlı yatışları azalttığı, etkin ilaç uyumunu sağladığı, duygusal desteği azalmış olan ve yalnız yaşayan kişilerde ise psikolojik stresin oluştuğu ve uyumun zorlaştığı sonuç olarak da yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (Krumholz ve ark. 1998, Murberg ve Bru 2001, Murberg 2004, Luttik ve ark. 2005, Pelle ve ark. 2008). Sayers ve arkadaşları (2008) kalp yetersizliği hastalarında sosyal destek ve öz-bakım üzerine yaptığı çalışmada hastaların en fazla sosyal desteği arkadaşlarından aldığını belirtmiştir. Olumlu sosyal desteğin kalp yetersizliğine bağlı semptomlarının etkin yönetimini sağladığı belirtilmektedir (Jaarsma 1999, Jaarsma ve ark. 2000, Bennett ve ark. 2001, Cowie ve ark. 2002, Hobbs ve ark. 2002, Murberg 2004, Luttik ve ark. 2005, Molloy ve ark. 2005, Sayers ve ark. 2008). Löfvenmark ve arkadaşları (2009) kalp yetersizliği hastaları üzerinde sosyal destek ve yalnızlık algısını incelediği çalışmasında sosyal desteği ve sosyal iletişimi az olan, çevresiyle yakın ilişkileri olmayan hastaların daha fazla yalnızlık hissettikleri ortaya çıkmıştır. Bu durumun kalp yetersizliği semptomlarını tetiklediği, kalp yetersizliğinin şiddetini ve hastaneye yatışları arttırdığı belirtilmektedir. Chiaranai ve arkadaşları (2009) kalp yetersizliği hastalarında öz-bakım ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmasında hastaların orta düzeyde sosyal destek algıladıklarını bulmuştur.

Sosyal desteği olan kalp yetersizliği hastaları daha kolay iyileşmekte, yaşam kaliteleri yükselmekte ve hastalıklarla baş etme güçleri artmaktadır (Luttik ve ark. 2005, Ardahan 2006). Sonuç olarak sosyal desteğin hastanın sağlığını geliştirdiği, tedaviye ve hastalığa uyumu kolaylaştırdığı, öz-bakımı geliştirdiği, tekrarlı yatışları, sağlık harcamalarını ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir. Bu anlamda sosyal desteğin sağlanmasında en önemli görev hasta ile en çok zaman geçiren hemşirelere düşmektedir. Hemşirelerin bu görevi yerine getirebilmeleri için hastanın sosyal destek ihtiyacını ve destek çeşidinin bireysel farklılık gösterdiğini bilmeleri ve uygun yaklaşımda bulunmaları gerekmektedir (Ardahan 2006).

Bunun için kapsamlı bir değerlendirme yaparak bireyin sosyal destek kaynakları belirlenmelidir. Hemşire bu doğrultuda bireyin nasıl yaşadığını, birlikte yaşadığı kişilerin yakınlık derecelerini, aile yapısını, aile, akrabalık ve komşuluk ilişkilerini, gelir durumunu, alışkanlıklarını değerlendirmelidir (Büyükcoşkun 1998).

2.3. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi; Laborda ve Powers (1980) ile Young Longman (1983) tarafından yaşamdan doyum almayı içine alan bir yöntem çeşitliliği; Lewis (1982) tarafından ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlanmıştır (Glenda 1993).

Çok sayıda disiplinle ilişkili olan yaşam kalitesi kavramı son yıllarda sağlık alanında da üzerinde durulan, sağkalımdan sonra hasta izlenmesinde ikinci önemli değerlendirme ölçütü olarak belirlenen bir kavram olmuştur (Aydemir 2007). Yaşam kalitesi kavramının hemşirelik alanında kullanımı 1980'li yıllardan bu yana gelişmeye başlamıştır. Yaşam kalitesi, sağlıklı ve kronik hastalığı olan bireylerde; tedaviye yönelik girişimsel yöntemler uygulanan ve akut bakım sonrasında olan bireylerin hemşirelik bakımı sonuçlarının incelenmesinde önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak kabul görmüş ve yaygınlaşmıştır (Glenda 1993). Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümlerinin hedefi bir hastalık ve bu hastalığın tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkilerini incelemektir. Bu yaklaşımdan yola çıkarak yaşam kalitesini etkileyen faktörler; emosyonel durum, bireyin memnuniyeti, kendine saygı, genel sağlık, ekonomik durum, önceki bilgi ve deneyimler, kültürel ve dini inançlar, ailesel ve sosyal desteği, performans yeteneği olarak belirtilmektedir (Glenda 1993, Berra 2003, Zambroski ve ark. 2005, Grady 2008, Heo ve ark. 2008, Faller ve ark. 2009).

Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla baş edebilme gücünün ve bağımsızlığının arttırılması, yaşam kalitesinin geliştirilebilmesi sağlık hizmetlerinde giderek ilk sıralarda yer almaktadır ve hemşirelik bakımının temel hedeflerinden biridir (Mollaoğlu 2007). Bu anlamda hastaların olumsuz deneyimlerini azaltıp yaşam kalitesini arttırmak amaçlı yapılan girişimlerde hastayı bütüncül değerlendirmek ve bireysel farklılıkları göz önüne almak önemlidir. Bu nedenle, hemşirelerin hastaların hem objektif hem de subjektif deneyimlerini değerlendirerek en uygun girişimi planlamaları gerekmektedir.

2.3.1. KALP YETERSİZLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ

Kalp yetersizliği ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesinin azaldığı, morbidite ve mortalite oranlarının belirgin olarak arttığı belirtilmiştir (Archana ve Gray 2002, Murberg 2004, Johansson ve ark. 2004, Zambroski ve ark. 2005, Özer ve Argon 2005).

Juenger ve arkadaşları (2002) tarafından konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amaçlı yapılan araştırma sonucuna göre hastanın NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon değerinin, hastalık süresinin ve hastanın yaşının yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Johansson ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada kalp yetersizliği olan erkek hastaların enerji kaybı ve içe dönme, kadın hastaların ise bunlara ek olarak olumsuz fiziksel etkiler, özgüven kaybı, anksiyete yaşadığı, yaşam şekli değişiklikleri nedeniyle günlük yaşamın olumsuz etkilendiği ve aile desteğinin bu durumu yönetmede önemli bir role sahip olduğu belirtilmiştir. Heo ve arkadaşları (2009) yaptığı kalitatif çalışmada kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesinin, hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını ihtiyaçları doğrultusunda yapabilme yeteneklerine, genel mutluluklarına ve diğer bireylerle iletişimlerine bağlı olduğunu saptamıştır. Chiaranai ve arkadaşlarının (2009) kalp yetersizliği hastalarında özbakım ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada (n=98) iyi bir yaşam kalitesi için özbakım stratejilerinin gelişmiş olması, özgüvenin olması, düşük NYHA sınıfına sahip olması ve komorbid durumların az olması gerektiği belirtilmiştir. Erkek ve NYHA sınıfı düşük olan hastalarda mental ve emosyonel motivasyonun yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir. Miche ve arkadaşları (2009), kalp yetersizliği hastalarında egzersiz eğitiminin sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada (n=116) hastaların egzersiz eğitim programı sayesinde yaşam kalitelerinin arttığını ve klinik parametrelerinin iyileştiğini bu yüzden hastalara eğitimin ve desteğin gerekli olduğunu belirtmiştir. Pressler ve arkadaşlarının (2010) kalp yetersizliği hastalarında bilişsel fonksiyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin orta düzeyde olduğu, kalp yetersizliğinin şiddeti, hastanın ileri yaşı, hastanın yaşadığı depresif semptomların hastanın yaşam kalitesini azalttığı belirtilmiştir. Kalp yetersizliği hastalarının tıbbi tedavilere rağmen yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiş bunun içinde kompleks hastalara verilen bakımın iyileştirilmesinin gerektiği vurgulanmıştır.

Hastalar kronik hastalıkların zorunlu kıldığı değişimlere alışıp ve bu değişiklerle yaşamayı öğrenirken psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile hastaların uyum sorunları, psikolojik tepkileri, hastalık davranışları, baş etme yöntemleri, destek sistemlerine yönelik uygun bakım girişimleri yapılabilir. Hemşirelik bakımı, hastayı bütüncül değerlendirip yaşam kalitesi boyutlarını olumlu yönde etkilemeyi hedef almalıdır (Mollaoğlu 2007). Bu nedenle hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelten farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Enç 1998, Brodie ve ark. 2008).

Sağlık profesyoneli olarak hemşireler hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için hastayı sadece biyopsikososyal yönden değil hastanın eğitimi, tepkileri, düşünceleri, duyguları, bireysel özellikleri, gereksinimleri, sosyal destek sistemleri ile değerlendirmeli, yaşam kalitesi kavramını benimsemelidir. Bu kavramın bilinmesi ile hasta sadece objektif göstergelerle değil subjektif açıdan da değerlendirilebilir, hasta-hemşire iletişimi ve hemşirelik uygulamaları gelişebilir bunun sonucu olarak tekrarlı yatışlar, hastane masrafları azalır ve hastaların yaşam kalitesi artar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kalp yetersizliği olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Kardiyoloji polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Ocak 2010-Eylül 2010 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemi Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi (n=31) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji polikliniğinde (n=119) izlenen toplam 150 kalp yetersizliği olan hastadan oluşmaktadır. Örneklem seçimi, amaçlı örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma örneklemine Ocak 2010 - Eylül 2010 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniğinde izlenen, aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan kalp yetersizliği olan hastalar alınmıştır.

Örnekleme dahil etme kriterleri

1. Kalp yetersizliği tanısını en az altı ay önce almış olması: Hastalığa uyumunu sağlamış olması açısından

2. Önceki altı ay içinde çekilen Ekokardiyografisi (EKO)' sinde Ejeksiyon Fraksiyon (EF) değerinin %40 ve daha az olması: Sistolik disfonksiyon tanısı olan hastalar alındığı ve bu hastaların EF değerlerinin %40 'ın altında olması nedeniyle

3. İletişim kurma güçlüğü olmaması

4. Türkçe konuşabilmesi

5. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi

Araştırmaya katılan hastaların büyük bir kısmı 65 yaşın altında olup (%77.3), yaş ortalaması 55.16 ± 14.93'dır. Hastaların %62.7'si erkek ve % 82'sinin evli olduğu, çoğunluğunun (%37.3) ilkokul düzeyinde eğitim aldığı ve yarısının (%50) emekli olduğu, yaklaşık olarak hepsinin sosyal güvencesi olduğu (%99.3) görülmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun (%87.3) gelir durumunun giderden az olduğu, büyük bir çoğunluğunun (%79.3) çocuk sayısının 1-3 arasında değiştiği, hastaların yaklaşık yarısının (%45.3) eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
($\bar{X}$ ± SS=55.16±14.93)	116	77.3
≤65		
>65	34	22.7
Cinsiyet		
Kadın	56	37.3
Erkek	94	62.7
Medeni durumu		
Evli	123	82.0
Bekar	27	18.0
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	11	7.3
İlköğretim	56	37.3
Ortaöğretim	24	16.0
Lise	42	28.0
Üniversite ve üzeri	17	11.4
Mesleği		
Memur	8	5.3
İşçi	13	8.7
Çiftçi	3	2.0
Emekli	75	50.0
Serbest meslek	5	3.3
Çalışmıyor	46	30.7
Sosyal güvence		
Var	149	99.3
Yok	1	.7
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	1	.7
Gelir giderden az	131	87.3
Gelir gidere eşit	18	12.0

Çocuk sayısı		
Yok	15	10.0
1-3	119	79.3
4 ve üzeri	16	10.7
Evde kiminle yaşadığı		
Yalnız	6	4.0
Eşi ile birlikte	54	36.0
Eşi ve çocukları ile	68	45.3
Diğer*	22	14.7
Toplam	**150**	**100.0**

*Diğer; arkadaşları, çocukları ve akrabaları içermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanı alma süresinin ortalama 7.55 ± 5.54 yıl olduğu ve ejeksiyon fraksiyon yüzdesinin 28.89 ± 7.36 olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

	$\bar{x}$	±	SS
Tanı Süresi (yıl)	7.55	±	5.54
Ejeksiyon Fraksiyon Yüzdesi (%)	28.89	±	7.36

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, kalp yetersizliğine ilişkin sosyo demografik verileri içeren "Hasta Bilgi Formu" (Ek 1), "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'' (Ek 2) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için "Sol Ventrikul Disfonksiyon (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36) Ölçeği'' (Ek 3) kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel özellikler, ikinci bölümde hastalığa ilişkin özellikler yer almaktadır.

* Kişisel özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir durumu, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı olmak üzere toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

* Hastalığa ilişkin özellikler; tanı alma zamanı ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon (EF) değeri olmak üzere toplam iki sorudan oluşmaktadır. Hasta bilgi formunun tamamı 11 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Araştırmada bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemek amacıyla, Zimet ve arkadaşlarının 1988 yılında geliştirdiği çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkiye'deki adaptasyonu ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmış ve 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirliği tekrarlanmıştır. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek kesinlikle hayır -1 ile kesinlikle evet-7 arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dörder maddeden oluşan üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışması ve ülkemizde yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasının sonunda belirlenen üç alt boyut ve iç tutarlılık katsayıları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları

	Alt Boyutlarda Yer Alan Maddeler	**Alt-Üst Puan**	**İç Tutarlılık Katsayıları**	
			Zimet ve ark. (1988) n=275	**Eker ve ark. (2001)** n=150
Aileden algılanan sosyal destek	3, 4, 8, 11	4-28	0.87	0.85
Arkadaştan algılanan sosyal destek	6, 7, 9, 12	4-28	0.85	0.88
Aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden algılanan sosyal destek	1, 2, 5, 10	4-28	0.91	0.92
Sosyal Destek Ölçeği (Toplam)	1,2,3,4,5,6,7,8,9 10,11,12	12-84	0.88	0.89

Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri .93, aile alt ölçeğinin .97, arkadaş alt ölçeğinin .97, özel bir insan alt ölçeğinin cronbach alfa değeri .96 olarak bulunmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Hesaplanması

Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28' dir. Ölçeğin tamamından elde edilebilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal destek puanının o kadar yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4.3. Sol Ventrikul Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36) Ölçeği

Sol Ventrikul Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36) Ölçeği kalp yetersizliği olan hastalarda sol ventrikul disfonksiyonunun günlük yasam ve iyilik hali üzerine etkisini ölçmek amacıyla O'Leary ve Jones tarafından (2000) geliştirilmiştir. Bu ölçek; kalp hastalığı nedeniyle oluşan sorunları belirlemek amacıyla sorulan toplam 36 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler doğru ve yanlış olarak iki seçenekle hastalara sunulmaktadır. Verilen doğru cevaplar toplanıp, toplam doğru cevap sayısı yüzde olarak ifade edilmektedir. Ölçekten "0-100" arasında puan alınmaktadır, ölçekten alınan "100 puan" en kötü skor ve "0 puan" en iyi skor olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin puanı arttıkça yasam kalitesi azalmaktadır.

LVD-36 ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Özer ve Argon (2005) tarafından kalp yetersizliği tanısı alan 102 hasta üzerinde yapılmış ve test-retest korelasyonu değerlendirilmiş ve iki uygulama arasında yüksek korelasyon değerleri bulmuştur. Ölçeğin orijinal çalışması ve ülkemizde yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasının sonunda belirlenen iç tutarlılık katsayıları Tablo 6'de verilmiştir.

Tablo 6. Sol Ventrikul Disfonksiyonu (LVD-36) Ölçeği'nin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları

SolVentrikul Disfonksiyonu (LVD-36) Ölçeği	**Alt-Üst Puan**	**İç Tutarlılık Katsayıları**	
		O'Leary ve Jones (2000) n=60	Özer ve Argon (2005) n=102
Toplam	0-100	0.95	0.87

Bu çalışmada Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği'nden elde edilen cronbach alfa değeri .93, Kuder Richardson katsayısı .94, güven aralığı ise .922-.951 olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Süreci

Rutin kontrolü nedeniyle polikliniğe gelen, örneklem özelliklerine uyan hastalara uygun oldukları bir zamanda görüşmenin amacı anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan onam alınarak anket formları uygulanmıştır. Hastalığa ilişkin bilgiler ise hasta dosyasından alınmıştır. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırma Planı

Yıllar	**2009**												**2010**											
Aylar	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık
Literatür inceleme																								
Veri toplama																								
Veri analizi																								
Rapor yazılması																								

3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Veri girişi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 15.00 programı kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Elde edilen verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Sosyal destek ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutlarının puan dağılımları ile yaşam kalitesi puan dağılımı ortalamaları ve standart sapmaları alınarak analiz yapılmıştır. Sosyal destek ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır (Sümbüloğlu 2002, Akgül 2005, Aksakoğlu 2006).

Korelasyon gücü r=0.00-0.24 zayıf, r= 0.25-0.49 orta, r= 0.50-0.74 güçlü, r= 0.75-1.00 çok güçlü olarak değerlendirilmiştir (Aksakoğlu 2006). Tüm istatistiksel çözümlemelerde p= 0.05 anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemine alınan hastaların büyük bir çoğunluğunun evli ve ailesi ile birlikte yaşıyor olması, yalnızca polikliniğe kontrol için gelen hastaların alınması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem sayısının yeterli olmasına karşın, daha büyük örneklemde ve üniversite hastaneleri dışındaki kurumlardan hasta alınması bulguların genellenebilirliliğini arttırabilirdi.

3.9. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 08.01.2010 tarihinde 10/10-09 karar numarası ile etik kurul izin belgesi (Ek 4) ve araştırmanın yapılacağı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (B.30.2.EGE.0.20.11.09/1170) ve DEÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden (B.30.2.DEÜ.0.H1.70.00) yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek 5). Çalışmaya alınacak bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı izin alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmamız kapsamına alınan 150 hastanın sosyal destek ve yaşam kalitesi ölçek puanları ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 7. Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=150)

Ölçeğin Toplam Puanı ve Alt Boyutları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	$\bar{X}$ ±SS
Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı	12	84	49.34 ± 17.57
Aileden Algılanan Sosyal Destek	4	28	24.25 ± 6.17
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	4	28	12.75 ± 8.16
Aile ve Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	4	28	12.33 ± 7.81

Tablo 7'te hastaların algıladıkları sosyal destek ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Hastaların algıladıkları sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 49.34 ± 17.57, aileden algıladıkları sosyal destek ölçeği puan ortalaması 24.25 ± 6.17, arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 12.75 ± 8.16, aile ve arkadaş dışındaki kişilerden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 12.33 ± 7.81 olarak saptanmıştır.

Tablo 8. Hastaların Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=150)

	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	$\bar{X}$ ±SS
Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği	11.11	100.00	69.25 ± 23.12

Tablo 8'de hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının 69.25 ± 23.12 olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği Arasındaki İlişki

	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları**					
			Aileden Algılanan Sosyal Destek		Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek		Aile ve Arkadaşlar Dışında Olan Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	
Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği	r	p	r	p	r	p	r	p
	-.356	.000	- .211	.010	-.323	.000	-.298	.000

Tablo 9'de hastaların çok boyutlu sosyal destek ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile sol ventrikül disfonksiyon ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişkiye ait bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile sol ventrikül disfonksiyon ölçeği puan ortalamaları arasında ters yönde (negatif) orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=.-.356 p=.000). Hastaların algıladığı sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır.

Hastaların aileden algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r= -.211 p=.010). Hastaların aileden algıladığı sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır.

Hastaların arkadaştan algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r=-.323 p=.000). Hastaların arkadaştan algıladığı sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır.

Hastaların aile ve arkadaş dışındaki kişiden algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r=-.298 p=.000). Hastaların aile ve arkadaş dışındaki kişiden algıladığı sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYAL DESTEK İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Çalışma sonucuna göre aileden algılanan sosyal destek düzeyinin oldukça yüksek olduğu, arkadaştan ve aile ve arkadaş dışındaki kişilerden algıladıkları desteğin orta düzeyde ve birbirine yakın olduğu, ölçeğin toplamından elde edilen puana göre ise hastaların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyden biraz yüksek olduğu bulunmuştur.

Güneş ve Altıok'un (2009) kalp yetersizliği hastalarının da dahil olduğu kronik hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal desteği inceledikleri çalışmada hastaların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Hupcey (1998) yaptığı çalışmada, aile üyelerinin özellikle eşlerin kriz durumlarında daha çok destek sağladıklarını, Wang ve arkadaşları (2006) evli bireylerin daha fazla duygusal destek aldıklarını bulmuşlardır. Çalışmamızda hastaların algıladığı sosyal destek düzeyinin en yüksek aileden algılanan sosyal destek olması; çalışmaya alınan hastaların çoğunluğunun evli ve çocukları ile birlikte yaşaması nedeniyle olabileceği düşünülebilir. Ayrıca Türk toplumunda aile bireylerinin birlikte yaşamaları, aile içinde dayanışma ve bağların güçlü olması, aile olmanın önemini bilmeleri nedeniyle kültürel özelliklerine uygun ve beklendik bir sonuçtur. Hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının yüksek olması, kalp yetersizliği olan hastaların aileleri tarafından yeterince sosyal destek verildiğini gösteren olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Aile kronik hastalığın etkileri ile baş etmesinde hastalara en büyük yardımcıdır. Aile hastaya gerekli sosyal desteği sağlayarak stresle başa çıkmasında ve problemleri çözmesinde en önemli destekçisi olmalıdır.

Çalışmada arkadaştan ve aile ve arkadaş dışındaki kişilerden algıladıkları desteğin orta düzeyde ve birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Sayers ve arkadaşları (2008) kalp yetersizliği hastalarında sosyal destek ve öz-bakım üzerine yaptığı çalışmada hastaların en fazla sosyal desteği arkadaşlarından aldığını belirtmiştir. Chiaranai ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunun akraba ve yakın arkadaşlarından destek aldığını belirtmiştir. Bu sonuç çalışma sonucuyla farklılık göstermektedir. Yurtdışında yapılan çalışma sonucuna göre algılanan desteğin en fazla arkadaştan olması kültürel özellikleri kapsamında belli bir yaştan sonra aileden ayrı yaşamaları, arkadaş çevresine yönelmeleri ve destek arayışını bu çevreden karşılıyor olmalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Ülkemizde ise, kentleşmenin artması nedeniyle sosyal ilişkilerin azalması, birbirine duyulan güvenin azalması, kadınların çalışmaya başlamasıyla da komşuluk, akrabalık ve arkadaşlık ilişkilerinin zayıflaması nedeniyle olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada, ölçeğin toplamından elde edilen puana göre hastaların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyden biraz yüksek olduğu bulunmuştur. Chiaranai ve arkadaşları (2009) kalp yetersizliği hastalarının algıladığı sosyal desteği orta düzey olarak değerlendirmiştir. Bu çalışmada hastaların tanı sürelerinin uzun olduğu göz önüne alınırsa, günlük yaşamı etkileyebilecek birçok sorunun ortaya çıkması, geleceğe dair endişelerinin ve sosyal destek gereksinimlerinin artması nedeniyle algılanan destek orta düzey olarak bulunmuş olabilir.

5.2. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Çalışma sonucuna göre, araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Westlake ve arkadaşlarının (2002) kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada hastaların yaşam kalitesinin fiziksel ve mental sağlık alt boyutunun genel popülasyondan düşük olduğunu bulmuşlardır. Pressler ve arkadaşları (2010) bilişsel fonksiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada hastaların yaşam kalitelerini orta düzey olarak saptamıştır. Bu sonuçlar çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Ancak bu sonuç, ülkemizde kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitelerinin LVD-36 ile değerlendirildiği çalışmaya (Özer ve Argon 2005) göre daha düşüktür. Çalışmanın örneklem özelliğine göre EF değerlerinin %40 ve altında olması nedeniyle özbakımlarını gerçekleştiremiyor olmaları, sosyal desteklerinin orta düzeyde olması nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu düşünülebilir.

Ayrıca kalp yetersizliği hastalarının, yaşadığı semptomların giderek ağırlaşması, beden imgesinin değişmesi, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanamaması, kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma, sık tekrarlı yatışlar, gelecek ile ilgili kaygılar gibi durumlar nedeniyle yaşam kaliteleri belirgin biçimde azalmaktadır (Carlson ve ark. 2001, Riedinger ve ark. 2001, Archana ve Gray 2002, Akdemir ve Birol 2003, Murberg 2004, Zambroski ve ark. 2005, Özer ve Argon 2005, Johansson ve ark. 2004). Bu sonuç, hemşirelerin kalp yetersizliği olan hastaların yaşamlarındaki bu önemli değişimler nedeniyle bütüncül bir yaklaşımla ele almalarının ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için katkı vermelerinin gerekliliğini göstermektedir.

5.3. SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile sol ventrikül disfonksiyon ölçeği puan ortalaması arasında ters yönde (negatif) orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=.-.356, p=.000, Tablo 9). Hastaların algıladığı sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır. Bu durum hastaların sosyal desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Bennett ve arkadaşlarının (1998) kalp yetersizliğinde yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada hastaların algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt boyutu arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, hastaların fiziksel sağlığı bozulduğunda daha fazla destek gereksinimi olduğu belirtilmiştir. Bennett ve arkadaşlarının (2001) kalp yetersizliği hastalarında sosyal destekteki değişimlerin belirgin olarak yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Westlake ve arkadaşları (2002) ise kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada hastaların sosyal destek ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında ilişki bulmamıştır. Bu sonucun diğer çalışmalarla farklılık gösterdiğini, zayıf ilişkinin nedeninin zayıf sosyal destek olabileceğini ancak yaşam kalitesi ile ilişkili sosyal destek hakkında daha fazla araştırma yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Bu çalışmada, hastaların aileden algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (r=-211, p= .010, Tablo 9). Bu bulgu kapsamında hastaların aileden algıladığı sosyal destek puanı artıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır. Bu durum hastaların sosyal desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin zayıf düzeyde çıkmasının nedeni ülkemizde aileden alınan sosyal desteğin güçlü olması ile açıklanabilir. Çalışma sonucumuza göre sosyal destek alt boyutlarında en yüksek ortalama puanın aileden algılanan sosyal destek olması bu düşünceyi destekler niteliktedir. Ülkemizde ailenin sosyal destek vermesi bakım sürecinin doğal bir bölümüdür, aileden beklenen bir sorumluluktur. Bu nedenle aileden algılanan sosyal destek yaşam kalitesi ile daha az ilişkili olabilir. Ailelerden gelen sosyal desteğin ancak aileler profesyonel kişiler tarafından eğitildiğinde etkin olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların arkadaştan algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-323, p= .000, Tablo 9). Hastaların arkadaştan algıladığı sosyal destek puanı artıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır. Yani hastaların sosyal desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Bu durum

hastaların sosyal destek arayışında akran gruplarına yöneldikleri, arkadaşları ile zaman geçirdikleri, paylaşımda bulundukları ve bu sayede sosyal destek alarak yaşam kalitelerinin arttığı düşünülebilir. Hupcey (1998) arkadaş desteğinin, aile desteğinin doğasında bulunan zorunluluğunun olmaması nedeniyle daha olumlu olduğunu belirtmiştir.

Hastaların aile ve arkadaş dışındaki kişiden algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-298, p= .000, Tablo 9). Bu bulgu kapsamında hastaların aile ve arkadaş dışındaki kişiden algıladığı sosyal destek puanı artıkça yaşam kalitesi puanının azaldığını yani hastaların aile ve arkadaş dışındaki kişiden algıladığı sosyal desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Aile ve arkadaş dışındaki kişilerden alınan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin orta düzeyde olması, hastaların aile dışındaki destek kaynaklarını kullanıyor olduğunu göstermektedir. Bu durum hastalarla sürekli birlikte olan ve bu süreçte biyopsikososyal yönden olumsuz etkilenen aile bireyleri dışında sosyal etkileşimlerin yaşam kalitesini arttırabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp yetersizliği olan bireylerde sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlı yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Hastaların algıladıkları sosyal destek türlerinden en fazla desteği aileden, ikinci sırada arkadaştan ve son olarak da aile ve arkadaş dışında olan kişilerden aldığı saptanmıştır.
- Hastaların algıladığı sosyal destek puan ortalamalarının ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Hastaların algıladığı sosyal destek puanı artıkça yaşam kalitesi puanı azalmaktadır. Bu durum hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.
- Hastaların algıladığı sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki en zayıf ilişkinin aile daha sonra aile ve arkadaş dışındaki bireyler ve son olarak da arkadaşlar arasında olduğu saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kaliteleri artmaktadır bu anlamda hastalara verilen desteğin artmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Buna yönelik olarak;

* Hastaların en fazla desteği aileden alıyor olmaları aileye verilecek desteğin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Hastaya bakımverenlerin biyopsikososyal sağlığını korumak adına stresle baş etme yöntemleri, etkin iletişim becerileri gibi eğitimler verilerek bakım yükünün tolere edilebilmesinin sağlanması,

* Sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırmadaki rolünün büyük olması nedeniyle hemşirelerin hastaların destek kaynaklarını harekete geçirip yönlendirmesi

* Aile dışındaki sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi

* Sosyal desteğin yaşam kalitesini nasıl etkilediğine ilişkin kalitatif çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri 'SPSS Uygulamaları', 3. Baskı, Ankara, Emek Ofset, 2005; 187-224

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İstanbul, SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003; 18-21

Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, 2.Baskı, İzmir, D.E.Ü. Rektörlük Basımevi, 2006; 283-300

Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2004; 5: 76-85

Alley N, Foster M. Using Self-Help Support Groups: A Framework For Nursing Practice And Research. Journal Of Advanced Nursing, 1990; 15: 1383-1388

Archana R, Gray D. The Quality of Life in Chronic Disease- Heart Failure Is As Bad As It Gets. European Heart Journal, 2002; 23 (23): 1806-1808

Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 9 (2): 68-75

Aydemir Ö. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Kinlik Uygulamalarda Kullanımı, Sağlıkta Birikim, 2007; 1(2): 9-13

Badır A. Kalp Hastalıklarına Bağlı Komplikasyonlar. In: Karadakovan ve Aslan, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitapevi; 2009. 559-571

Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M et. al. Social Support And Health Related Quality of Life in Chronic Heart Failure Patients. Quality of Life Research, 2001; 10: 671-682

Bennett SJ, Baker SL, Huster GA. Quality of Life in Women With Heart Failure. Health Care For Women İnternational,1998; 19: 217-229

Berra K. The Effect Of Lifestyle İnterventions On Quality of Life And Patient Satisfaction With Health And Health Care. Journal of Cardiovascular Nursing, 2003; 18(4): 319-325

Birol L, Akdemir N**.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı Ankara, 2004, 193-200

Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational İnterviewing To Change Quality of Life For People With Chronic Heart Failure: A Randomised Controlled Trial. International Journal of Nursing Studies, 2008; 45: 489-500

Boutin FC. Getting To The Heart Of Social Support: A Qualitative Analysis of The Types of İnstrumental Support The Are Most Helpful in Motivating Cardiac Risk Factor Modification. Heart Lung, 2005; 34 (1): 22-29

Büyükcoşkun A. Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. Erefe İ (Ed.) Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul. Birlik Ofset Matbaası; 1998. 170-183

Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-Care Abilities of Patients With Heart Failure. Heart Lung, 2001; 30 (5): 351-359

Chiaranai C, Best A, Salyer J. Self-Care And Quality of Life in Patients With Heart Failure. Thai J Nurs Res. 2009; 13(4): 302-317

Cobb S. Social Support As Moderator Of Life Stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38: 300-314

Cohen S, Syme SL. Issues İn The Study And Application of Social Support. Social Support And Health, 1985: 3-22

Cowie MR, Coats AJS, Poole-Wilson PA, Sutton GC. Hospitalision of Patients With Heart Failure. European Heart Journal, 2002; 23: 877-885

Cowie MR, Wood DA, Coats A. et al. Survival Of Patients With A New Diagnosis of Heart Failure: A Population-Based Study, 2000; 83: 505-510

Değertekin M. 25.Ulusal Kardiyoloji Kongresi, HAPPY Çalışması (Türkiye'de Kalp Yetersizliği İnsidans ve Prevelans Çalışması), 2007, http://www.tkd.org.tr/sunu merkezi

Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, Mcmurray JJ et al. ESC Guideles For The Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008: The Task Force For Thee Diagnosis And Treatment of Acute And Chronic Heart Failure 2008 of The European Society of Cardiology. European of Heart Journal, 2008; 29 (19): 2388-2442

Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12 (1): 17-25

Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği, Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 7(23): 45-55

Enç N. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 1998

Ergin A, Eryol NK, Ünal Ş, Deliceo A et al. Epidemiological And Pharmacological Profile Of Congestive Heart Failure At Turkish Academic Hospitals. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2004; 4: 32-38.

Eren M. Akut Ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisi: Yeni 2008 Avrupa Kardiyoloji Derneği Klavuzunda Neler Değişti? Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2009; 37 (5): 295-300

Faller H, Strork S, Schuler, M et al. Depression And Disease Severity As Predictors of Health-Related Quality of Life İn Patients With Chronic Heart Failure-A Structural Equation Modeling Approach. Journal of Cardiac Failure, 2009; 15: 286-293

Friedman M. Gender Differences in The Health Related Quality of Life of Older Adults With Heart Failure. Heart Lung, 2003; 43: 1542-1549

Funk M, Krumholz HM: Epidemiologic And Economic İmpact Of Advanced Heart Failure. J Cardiovascular Nursing, 1996; 10(2): 1-10

Glenda AM. Quality of Life: A Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing, 1993; 18: 32-38

Grady KL. Self-Care And Quality of Life Outcomes in Heart Failure Patients. Journal of Cardiovascular Nursing, 2008; 23(3): 285-292

Graham I, Atar Dan, Borch-Johnsen K, Boysen G et. al. Guidelines**:** European Guidelines On Cardiovascular Disease Prevention In Clinical Practice: Executive Summary: Fourth Joint Task Force Of The European Society of Cardiology And Other Societies On Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, European Heart Journal, 2007; 28: 2375-2414

Güneş Z, Altıok HÖ, Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 17(1): 16-23

Happ MB, Naylor MD, Roe-Prior P. Factors Contributing To Rehospitalization of Elderly Patients With Heart Failure. J. Cardiovascular Nursing, 1997; 11(4): 75-84

Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality Of Life İn Patients With Heart Failure: Ask The Patients. Heart&Lung, 2009; 38 (2): 100-108

Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK. Predictors And Effect of Physical Symptom Status On Health Related Quality of Life İn Patients With Heart Failure. American Journal of Critical Care, 2008; 17: 124-132

Hobbs FDR, Kenkre JE, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of Heart Failure And Left Ventricular Systolic Dsyfunction On Quality of Life. European Heart Journal, 2002; 23: 1867-1876

Hupcey J.E. Clarifying The Social Support Theory-Research Linkage. Journal Of Advanced Nursing, 1998; 27: 1231-1241

İlerigelen B. Kalp Yetersizliğinde İlaç Tedavisi. Clinical Medicine, 2007; 3 (3): 1-11

İlerigelen B. Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. Türk Geriatri Dergisi, Yaşlılarda Kardiyovaskuler Hastalıklar Özel Sayısı, 2010; 2: 21-32

Jaarsma T. Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH et al. Self Care And Quality of Life In Patients With Advanced Heart Failure: The Effect of A Supportive Educational Intervention. Heart Lung, 2000; 29 (5): 319-330

Jaarsma T. Effects of The Education And Support On Self-Care And Resource Utilization in Patients With Heart Failure. European Heart Journal, 1999; 20(9): 673-682

Jessup M, Abraham W, Casey D, Feldman A et al. ACC/AHA Guidelines For The Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults, 2009; 53(15):1347-1369.

Johansson P, Agnebrink M, Dahlström U, Broström A. Measurement of Health-Related Quality Of Life İn Chronic Heart Failure, From A Nursing Perspective-A Review of The Literature. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2004; 3: 7-20

Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A. et al. Health Related Quality of Life in Patients With Congesive Heart Failure: Comparison With Other Chronic Diseases And Relation to Functional Variables. Heart, 2002; 87: 235-241

Karadakovan A, Aslan FE, Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Tıp Kitapevi, 2009; 559-571

Kelin D, Price P, Jones E, Harding K. Social Support: Some Pragmatic İmplications For Health Care Professionals. Journal Of Advanced Nursing, 1996; 23: 76-81

Krumholz HM, Butler J, Miller J, Vaccorino V. et al. Prognostic Importance of Emotional Support For Elderly Patients Hospitalized With Heart Failure, Circulation, 1998; 97 (10): 958-964

Kostis JB**,** Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E et al. Sexual Dysfunction And Cardiac Risk, American Journal of Cardiology, 2005; 26(12): 85-93

Langford CP, Browsher J, Moloney JP, Lillis PP. Social Support: A Conceptual Analysis. Journal of Advanced Nursing, 1997; 25: 95-100

Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'brien PG et al. Heart Failure Nursing Management. Medical Surgical Nursing, Assessment And Management of Clinical Problems. Seventh Edition, 2007: 821-841

Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M. et al. Heart Disease And Stroke Statistics- 2010 Update: A Report From The AHA Statistics Committee And Stroke Satatistics Subcommittee. Circulation, 2010; 121: 46-215

Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R, Van Veldhuisen DJ. The Importance And İmpact of Social Support On Outcomes İn Patients With Heart Failure: An Overview of The Literature. Journal of Cardiovascular Nursing, 2005; 20(3): 162-169

Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Ender M. Perceived Loneliness And Social Support in Patients With Chronic Heart Failure, European Journal of Cardiovascular Nursing, 2009; 8 (4); 251-258

Mair FS, Crowley TS, Bundred PE. Prevalence, Etiology And Management Of Heart Failure İn General Practice British Journal Of General Practice, 1996; 46: 77-79

Macmahon K, Lip G. Psychological Factors in Heart Failure: A Review of The Literature. Archives of Internal Medicine. 2002; 162 (5): 509-516

Mcmurray JJV, Stewart S. Epidemiology, Etiology And Prognosis of Heart Failure. Heart. 2000; 83: 596-602

Miche E, Roelleke E, Zoller B, Wirtz U et al. A Longitudinal Study of Quality Of Life İn Patients With Chronic Heart Failure Following An Exercise Training Program. European Journal Of Cardiovascular Nursing, 2009; 8 (4):281-287

Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family Caregiving And Congestive Heart Failure. Review And Analysis. The European Journal of Heart Failure, 2005; 7: 592-603

Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik, 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, 2007; 9-11

Mosterd A, Hoes AW, Bruyne MC. Prevalence of Heart Failure And Left Ventriculer Dsyfunction İn The General Population. European Heart Journal, 1999; 20: 447-455

Murberg TA, Bru E. Social Relationships And Mortality İn Patients With Congestive Heart Failure. Journal of Psyhosomatic Research, 2001; 51: 521-527

Murberg T.A. Long-Term Effect of Social Relationships On Mortality İn Patients With Congestive Heart Failure. International Journal of Psychiatry in Medicine, 2004; 34(3):207-217

Nichol KL, Nordin J, Mullooly J, Lask R, Fillibrandt K, Iwane M. Influenza Vaccination And Reduction İn Hospitalization For Cardiac Disease And Stroke Among The Elderly. N.Engl. J. Med, 2003; 348: 1322-1332

Okay T. 2001 Yılında Kalp Yetersizliğindeki Gelişmeler. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2001; 1: 301-306.

O'Leary CJ, Jones PW. The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36): Reliability, Validity, And Responsiveness. Heart, 2000; 83**:** 634–640

Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 21: 63-77

Özgür G. Sosyal Destek ve Sağlık. Türk Hemşireler Dergisi, 1993; 43 (2): 25-26

Özmen N, Çebeci BS, Kardeşoğlu E. Kalp Yetersizliğinde İnflamatuar Göstergeler. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2006; 6: 51-54

Pattenden JF, Roberts H, Lewin RJP. Living with Health Failure; Patient and Carer Perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2007; 6: 273-279

Pelle A, Gidron Y, Szabo B, Denollet J. Psychological Predictors Of Prognosis in Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 2008; 14(4): 341-350

Piepoli MF, Flather M,Coats A.J. Owerview Of Studies Of Exercise Training in Chronic Heart Failure: The Need For The Prospective Randomized Multicentre European Trial. European Heart Journal, 1998; 19: 830-841

Pressler SJ, Subramanian U, Kareken D, Perkins S. et al. Cognitive Deficits And Health-Related Quality Of Life İn Chronic Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 2010; 25(3): 189-198

Rector TS, Anald IS, Cohn JN. Relationships Between Clinical Assessments And Patients Perceptions Of The Effects Of Heart Failure On Their Quality of Life. Journal of Cardiac Failure, 2006; 12 (2): 87-92

Riedinger MS, Dracup KA, Brecth ML, Padilla G. et al. Quality Of Life in Patients With Heart Failure: Do Gender Differences Exist?. Heart Lung, 2001; 30 (2): 105-116

Savcı A, Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006

Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC et al. Social Support And Self-Care of Patients With Heart Failure. Ann Behav Med, 2008; 35 (1): 70-79

Sharma R, Kalra PR. Kronik Kalp Yetersizliği. In: Purcell HJ, Kalra PR, Çev.Editör: İlerigelen B.Kardiyoloji. İstanbul. İstanbul Tıp Kitapevi; 2009. 146-164

Smeltzer SC, Bare BG, Hunkle JL, Cheever KH. Brunner,Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing,12 Th Edition.Lippincott Williams&Wilkins, 2010; 825-846

Strömberg A, Martensson J. Gender Differences in Patients With Heart Failure, European Journal of Cardiovascular Nursing, 2003; 2: 7-18

Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri, Dördüncü baskı, Ankara, Hatipoğlu yayınları. 2002.

Tan M, Karabulutlu E. Social Support And Hopelessness İn Turkish Patients With Cancer. Cancer Nursing, 2005; 28: 236-240

Travers B, O'Loughlin C, Murphy NF, Ryder M et. al. Fluid Restriction İn The Management Of Decompensated Heart Failure: No İmpact On The Time To Clinical Stability. Journal of Cardiac Failure, 2007; 13: 128-132

Ünsar S. Konjestif Kalp Yetmezliği. Hemşirelik Bakım Planları, Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut, 2007; Bölüm 3-5: 254-267

Wang LY, Chang PC, Shih FJ, Sun CC. et al. Self-Care Behaviour, Hope, and Social Support in Taiwanese Patients Awating Heart Transplantation. Journal of Psychosomatic Research, 2006; 61: 485-491

Westlake C, Dracup K, Creaser J, Livinston MN. et al. Correlates of Health-Related Quality Of Life in Patients With Heart Failure. Heart&Lung,2002:31:85-93

Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of Symptom Prevelans And Symptom Burden On Quality of Life in Patients With Heart Failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2005; 4(3): 198-206

Zimet GD, Dahle NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 1988; 52 (1): 30-41

8. EKLER

EK -1

HASTA BİLGİ FORMU

I. Kişisel özellikler:

1. Yaşı:……

2. Cinsiyeti:……

3. Medeni durumunuz?

1. ( ) Evli 2.( ) Bekar

4. Eğitim Durumunuz?

1.( ) Okuryazar Değil 2. ( ) İlköğretim 3.( ) Ortaöğretim 4.( ) Lise 5.( ) Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz:

1. ( )Memur 2.( )İşçi 3.( )Çiftçi 4.( ) Emekli 5.( )Serbest Meslek 6.( )Çalışmıyor 7.( ) Diğer

6. Sosyal güvenceniz:

1.( ) Var 2.( )Yok

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. ( ) Gelir giderden fazla 2.( ) Gelir giderden az 3.( ) Gelir gidere eşit

8. Çocuk sayınız?.....

9.Evde kiminle yaşıyorsunuz?

1.( ) Yalnız 2.( ) Eşi ile birlikte 3.( ) Eşi ve çocukları ile birlikte 4.( ) Diğer

II. Hastalıkla ilgili özellikler

10. Ne kadar süre önce kalp yetersizliği tanısı aldınız? : .....

11. Sol ventrikül EF değeri (%) …….

EK-2

ÇOK BOYUTLU SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Boyutlar	**Hiç katılmıyorum 1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**Tamamen katılıyorum 7**
1.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3.	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4.	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba,komşu, doktor) var.							
6.	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7.	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8.	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9.	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10.	Ailem ve arkadaşlar›m dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü,akraba, komşu, doktor) var.							
11.	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12.	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-3

SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYON ÖLÇEĞİ (LVD-36)

Lütfen aşağıdaki sorulara son günlerde hissettiklerinize göre cevap veriniz. Her soru için doğru veya yanlış seçeneğinden birini işaretleyiniz.

Kalp hastalığım nedeniyle	**Doğru**	**Yanlış**
1. Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetciyim		
2. Bulantıdan şikayetciyim		
3. Bacaklarımdaki sisliklerden şikayetciyim		
4. Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağından korkuyorum		
5. Çok is yaptığımda nefes darlığı olacağından korkuyorum		
6. En küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyorum		
7. İş yaparken kendimi zorlamaktan korkuyorum		
8. Giyinmem ve yıkanmam uzun zaman alıyor		
Aşağıdaki aktiviteleri kalp hastalığınız dışında bir nedenle yapamıyorsanız lütfen Yanlış'ı işaretleyiniz.		
9. Koşmada, örneğin otobüse yetişmede, zorlanıyorum		
10.Yürüyüş, egzersiz ve dansta zorlanıyorum		
11.Çocuklar ya da torunlar ile oynarken zorlanıyorum		
12.Bahçe islerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanıyorum		
13.Kendimi bitkin hissediyorum		
14.Enerjimin azaldığını hissediyorum		
15.Uykulu veya uyuşuk hissediyorum		
16.Daha çok dinlenmeye ihtiyacım var		
17.Yaptığım her şey güç gerektiriyor		
18.Kaslarımı güçsüz hissediyorum		
19.Kolayca üşütüyorum		
20.Gece boyunca sık sık uyanıyorum		
21.İşe yaramaz hale geldim		
22.Kendimi engellenmiş hissediyorum		
23.Sinirli hissediyorum		
24.Her an kotu bir şey olacakmış gibi geliyor		
25.Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum)		
26.Yaşamımı kontrol edemiyorum		
27.Yasamdan zevk alamıyorum		
28.Kendime olan güvenimi kaybettim		
29.Düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmede zorlanıyorum		
30.Gitmeyi istediğim yerler var, fakat gidemiyorum		
31.Tatile çıkmamın kalp hastalığımı kötüleştirmesinden korkuyorum		
32.Yasam biçimimi değiştirmek zorunda kaldım		
33.Ailevi görevlerimi yapmada sınırlamalarım var		
34.Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum		
35.Sürekli kalp ilacı almayı gerçekten sıkıcı buluyorum		
36.Yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum		

EK-4

ETİK KURUL İZNİ

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:10/10-09**	**Tarih:08.01.2010**
	Yrd.Doç.Dr.Hatice MERT sorumluluğunda yapılması tasarlanan **"Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ	Psikiyatri	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Ayşe Şebnem ÖZKAN	Dermatoloji	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof. Dr. Levent ÜSTÜNES	Eczacılık	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	katılmadı
Doç. Dr. Mahmut TÖBÜ	Dahiliye	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Taner DAĞCI	Fizyoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Uzm. Dr. Zübeyde ERBAYRAKTAR	Biyokimya	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm. Dr. Ayşe PARLAR	Farmakoloji	Manisa Ruh Sağlığı Hastanesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Öğr. Gör. Dr. Yasemin BASKIN	Temel Onkoloji, Biyokimya	Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Dr. Pembe KESKİNOĞLU	Halk Sağlığı	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Dr.Ecz.İskender İNCE	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E ☐	H ☒	
Yrd. Doç.Sultan ALAN	Deontoloji	Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

EK-5

KURUM İZNİ

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Sayı : B.30.2.EGE.0.20.11.09/ 1170
Konu :

Bornova/İZMİR
28 / 12 / 2009

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ
Yönetim Bürosuna

İlgi: 22.12.2009 tarih H.Yönt.1729-14405 sayılı yz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün yazısında adı geçen İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Canan Demir'in tezinin uygulamasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arzederim.

Prof.Dr.İnan SOYDAN
ANABİLİM DALI BAŞKANI

E.Ü. TIP FAKULTESİ
DEKANLIĞI ve HASTANESİ
28 Aralık 2009
NO: 33464

28/09

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B.30.2.DEÜ.0.H1.70.00-
KONU: Uygulama İzni

24.12.2009*011339

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 17 Aralık 2009 tarih 3792 sayılı yazı

İlgi yazıda belirtilen Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları programı öğrencisi Canan DEMİR' in tezinin hastanemizde uygulanması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU
BAŞHEKİM

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İzmir
Tel:+90(232) 412 23 11 Fax:+90(232) 412 21 98 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Nurdoğan KAYMAZ
e-post:nurdogan.azman@deu.edu.tr Elektronik ağ:www.deu.edu.tr

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi:
Kayıt No : 25 Aralık 2009
Dosya No : 4147

EK-6

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Kalp yetersizliğinde görülen belirtiler hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemde kalp yetersizliğinin belirti ve bulguları, ilaçların yan etkileri gibi tıbbi sorunları, hastaların sosyal destek gereksinimlerini arttırabilir. Kalp yetersizliği hastalarında sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sonuçlarında sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir. Ülkemizde kalp yetersizliği hastalarının algıladıkları sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemeye yönelik çalışmaya ulaşılamadığı için bu çalışma kalp yetersizliği olan hastalarının algıladıkları sosyal destek ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlı planlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden ve Etik Kuruldan izin alınmıştır.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve incelenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacaktır.

Bu araştırmayı yapmak amacıyla 2 anket formu kullanılacaktır. Sosyal destek ölçeği formu ve yaşam kalitesi ölçeği formunu yanıtlama süreniz yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Bu çalışma sonuçları kalp yetersizliği hastalarında hastayı destekleyecek nitelikte profesyonel yardımın sunulmasına katkı sağlayacaktır.

Ben, ..., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Deneğin Adı-Soyadı:.....
İmzası:.....
Adresi (varsa Telefon No, Faks No):..... Tarih :...../...../.....
Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı-Soyadı:.....
İmzası:.....Tarih :...../...../.....
Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin
Adı-Soyadı:.....
İmzası:.....
Görevi:.....Tarih :...../...../.....

EK-7 **ÖZGEÇMİŞ**

TC Kimlik No	27334514942
Doğum Yılı	1983
Yazışma Adresi	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı- 35340 İzmir-Türkiye
Telefon	2324124792
Faks	2324124798
E-Posta	canan.demir@deu.edu.tr canandevrim35@hotmail.com.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğretim Alanı	Derece	Mezuniyet yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2007

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev dönemi
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Türkiye	Burdur	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2007-2008
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2008-