T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-
CERRAHPAŞA LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KALP YETERSİZLİĞİ TANISI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNE GÖRE HASTALIĞI YÖNETME BECERİLERİNİN BELİRLENMESİ

Saniye BİLGİN

DANIŞMAN
Doç. Dr.Hilal UYSAL

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL 2022

Bu çalışma 29.03.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Hilal UYSAL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Zeliha TÜLEK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nighingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Prof. Dr. Sıdıka OĞUZ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Saniye BİLGİN

(İmza)

İTHAF

Tüm zorlu süreçlerimde benden desteğini esirgemeyen gücüme güç katan başta babam Hüseyin BİLGİN ve annem Melek BİLGİN olmak üzere canım aileme ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde ve tez çalışmam sırasında değerli katkıları ve sonsuz desteğinden dolayı değerli danışman hocam Doç.Dr. Hilal UYSAL'a,

Yüksek Lisans eğitim sürecim boyunca emeği geçen ve beni cesaretlendirip yoluma ışık tutan hocalarım Prof. Dr. Nuray Enç'e, Prof. Dr. Gülbeyaz Can'a ve Doç.Dr. Zeliha Tülek'e sonsuz teşekkürlerim ve saygılarımı sunarım.

Bugünlere gelmemi sağlayan, her zaman yanımda olan canımdan öte annem Melek Bilgin'e, babam Hüseyin Bilgin'e, kardeşlerime bana olan inançları ve desteklerinden dolayı tüm kalbimle sonsuz teşekkurlerimi sunarım.

Mart 2022 Saniye BİLGİN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI II
BEYAN III
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER VI
ŞEKİL LİSTESİ X
TABLO LİSTESİ XI
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ XII
ÖZET XIII
ABSTRACT XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1.1. Kalp Yetersizliği Tanımı 3
2.1.2. Kalp Yetersizliğinin Klinik Tipleri 3
2.1.2.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği 3
2.1.2.2. Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği-Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği 3
2.1.2.3. Sol Kalp Yetersizliği ve Sağ Kalp Yetersizliği 4
2.1.3. Kalp Yetersizliğinde Epidemiyoloji 4
2.1.4. Kalp Yetersizliğinde Etiyoloji 5
2.1.5. Kalp Yetersizliğinde Fizyopataloji 5
2.1.6. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması 6
2.1.7. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları 8
2.1.8. Kalp Yetersizliğinde Tanı 9
2.1.9. Kalp Yetersizliğinde Tedavi 11
2.1.9.1. Farmakolojik Tedavi 11
2.1.9.1.1. Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri 12

2.1.9.1.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri 12
2.1.9.1.3. Beta Blokerler 12
2.1.9.1.4. Mineralkortikoid Reseptör Antagonistleri 12
2.1.9.1.5. Anjiotesin Reseptör Neprisilin Inhibitörü 13
2.1.9.1.6. Hidralazin/Isosorbide Dinitrate 13
2.1.9.1.7. Diüretikler 13
2.1.9.1.8. Ivabradine 13
2.1.9.1.9. Digoksin 13
2.1.9.2. Girişimsel ve Cerrahi Tedaviler 13
2.1.9.3. Non-Farmokolojik Tedavisi 14
2.1.10. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı 15
2.1.10.1. Hasta ve Ailesinin Eğitimi 16
2.1.10.2 Beslenme ve Kilo Kontrolü 16
2.1.10.3. Sodyum ve Sıvı Alımı Kısıtlaması 17
2.1.10.4. İlaç Eğitimi 18
2.1.10.5. Aktivite ve Egzersiz 18
2.1.10.6. Sigara ve Alkol Tüketimi 18
2.1.10.7. İstirahat ve Seyahat Planlaması 19
2.1.10.8. Bağışıklama 19
2.1.10.9. Cinsel Aktivite 19
2.2. Sağlık Okuryazarlığı 20
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi 20
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Kalp Yetersizliği 21
2.3. Güçlendirme Modeli 23
2.3.1. Güçlendirme Tanımı ve Önemi 23
2.3.2. Güçlendirme ve Kalp Yetersizliği 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 25
3.2. Araştırma Soruları 25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 26
3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri 27
3.6. Verilerin Toplanması 27

3.7. Veri Toplama Araçları 27
3.7.1. Hasta Bilgi Formu 27
3.7.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 30
3.7.3. Kalp Yetersizliği GüçlendirmeÖlçeği 31
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 31
3.9. Araştırma Verilerin İstatistiksel Analizi 32
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri 33
3.10.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri 33
3.10.2. Araştırmanın Sınırlılıkları 33
4. BULGULAR 34
4.1.Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleriyle İlişkili Bulgular 34
4.2.Sağlık Okuryazarlık Ölçeğiyle İlişkili Bulgular 45
4.3.Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular 46
4.4.Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri İle Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular 47
4.5. Bireylerin Kalp Yetersizliği'ni Güçlendirme Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular 70
4.6. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Ve Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi 87
4.7. Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi 91
5. TARTIŞMA 94
5.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 94
5.2. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 101
5.3.Bireylerin Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerilerine İlişkin Bulguların Tartışılması 108
5.4. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerileri Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Tartışılması 114
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 117
6.1 Sonuç 117
6.1.1 Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Sonuçları 117
6.1.2 Sağlık Okuryazarlığının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Sonuçlar 118

6.1.3 Bireylerin Kalp Yetersizliği Güçlendirme Becerileri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar 120
6.1.4 Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliği Güçlendirme Üzerindeki Etkisine İlişkin Sonuçlar 121
6.2 Öneriler 123
KAYNAKLAR 125
EKLER 144
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 156
ÖZGEÇMİŞ..... 157

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.3.1. Örneklem Büyüklüğü Hesaplanması 28
Şekil 3.7.1.1. Sayısal Ağrı Skalası 29
Şekil 3.7.1.2. Dispne Sözel Derecelendirme Ölçeği 30

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.4.1. Kalp Yetersizliği Risk Faktörleri 5
Tablo2.6.1. New York Kalp Cemiyetinin Kalp Yetersizliğini İşlevsel Sınıflandırması..... 7
Tablo 2.6.2. ACC/AHA Kalp Yetersizliği Sınıflaması 8
Tablo 2.7.1 Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları 9
Tablo 2.8.1. Kalp Yetersizliği Tanı Kriterleri 10
Tablo 3.7.1.1. New York Kalp Birliği Sınıflandırması 28
Tablo 3.7.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanlandırması 30
Tablo 3.9.1. Basıklık ve Çarpıklık Değerleri 32
Tablo 4.1.1.1-4.1.1.3 Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı 35
Tablo 4.1.2. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulgular 39
Tablo 4.1.3. Bireylerin Kronik Hastalık Varlığına İlişkin Bulgular 40
Tablo 4.1.4. Bireylerin Kalp Yetersizliği Hastalığı Tanı Süresine İlişkin Bulgular 41
Tablo 4.1.5. Bireylerin New York Kalp Cemiyeti Sınıflamasına İlişkin Bulgular 42
Tablo 4.1.6. Bireylerin Kalp Yetersizliği Hastalığı Hakkında Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulgular 43
Tablo 4.1.7. Bireylerin Hastaneye Başvuru Durumuna İlişkin Bulgular 44
Tablo 4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları 45
Tablo 4.3.1. Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları 46
Tablo 4.3.2. Kalp Yetersizliği Güçlendirme Gruplarına Göre Dağılım 46
Tablo 4.4.1-4.4.14 Sağlık Okuryazarlığı Puan Düzeylerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu 47
Tablo 4.5.1-4.5.14 . Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puan Düzeyinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....70.
Tablo 4.6. Korelasyon Analizi 88
Tablo 4.7. Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Üzerine Etkisi 91

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devleti

ACC: American College of Cardiology-Avrupa Kardiyoloji Derneği

ACE-İ: Anjiotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri

ACE-İ: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri

AHA: American Heart Association-Amerikan Kalp Birliği

AKY: Akut Kalp Yetersizliği

AMA: The American Medical Association-Amerikan Tıp Derneği

ARB: Anjiotensin II Reseptör Blokerleri

ARNİ: Anjiotesin Reseptör Neprisilin Inhibitörü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DEF-KY: Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği

DES: Diabet Empowerment Scale-Diyabet Güçlendirme Ölçeği

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EF: Ejeksiyon Fraksiyonu

EKG: Elektrokardiyagram

EKO: Ekokardiyogram

ESC: Europen Society of Cardiology-Avrupa Kardiyoloji Derneği

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

HT: Hipertansiyon

ICD: Implantable Cardioverter Defibrillator-İmplante edilebilen kardiyoverter defibrilatör

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KEF-KY: Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği

ÖZET

Bilgin, S. (2022). Kalp Yetersizliği Tanısı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre Hastalığı Yönetme Becerilerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyine göre kalp yetersizliği hastalığını yönetme becerilerinin belirlenmesi amacıyla planlanan ve uygulanan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servislerinde yatan 01.09.2020-28.02.21 tarihleri arasında araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan aynı zamanda araştırmaya katılmayı kabul eden yazılı ve sözlü onam alınan 230 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verilerini toplamak için araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan Hasta Bilgi Formu, sağlık okuryazarlığını belirlemek amacıyla Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) ve kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini belirlemek amacıyla Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği (KYGÖ) kullanıldı. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programında analiz edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, ortalama, yüzde, standart sapma, t-testi, Tek yönlü (One way) Anova testi; post-hoc analizi olarak Scheffe testi, pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanıldı.

Araştırmaya katılan bireylerin %60'ı erkek cinsiyet, %39,1'i 70 yaş ve üzeri, yaş ortalamasının ise 66,357±11,438 olduğu saptandı. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan" ortalaması 71,335±28,204, "Bilgiye Erişim" alt boyut ortalaması 11,883±6,750, "Bilgileri Anlama" alt boyut ortalaması 20,478±8,548, "Değer Biçme/Değerlendirme," alt boyut ortalaması 23,774±9,904, "Uygulama/Kullanma" alt boyut ortalaması 15,200±6,008 olarak saptandı. "Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği" toplam puan" ortalaması 74,996±30,078, "Özfarkındalık" alt boyut ortalaması 20,457±9,863, "Hedefe Ulaşabilme Yeteneği" alt boyut ortalaması 26,374±8,366, "Hedef Belirleyebilme Becerisi" alt boyut ortalaması 26,039±13,140 olarak saptandı. Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği toplam puanı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı arasında r=0.812 pozitif (p=0,000<0.05) yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edildi.

Bu çalışmada, kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça kalp yetersizliği hastalığını yönetme becerilerinde artış tespit edildi. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini ve kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini yükseltmek için planlı eğitim ve danışmanlığın arttırılması önerilmektedir.

Mart 2022 , 172. sayfa.

Anahtar kelimeler: Kalp yetersizliği, sağlık okuryazarlığı, güçlendirme, hemşirelik

ABSTRACT

Bilgin, S. Determining The Disease Management Skills According To The Health Literacy Level Of Individuals Diagnosed With Heart Failure. Istanbul University-Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies, Internal Medicine Nursing Program. Master Thesis. Istanbul.

This research is a descriptive study planned and applied to determine the ability of individuals with heart failure to manage heart failure disease according to their health literacy levels. The study was administered by including 230 patients hospitalized in the Cardiology Departments of the Mehmet Akif Ersoy Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital in Istanbul, who met the criteria of inclusion in the study on 01.09.2020 to 28.02.2021 and accepted to participate in the study and whose written and verbal consents were obtained.

In order to collect the data of the study and to determine the descriptive characteristics of the individuals participating in the study, the Patient Information Form, which was created by the researcher by scanning the literature, the Health Literacy Scale (HLS) to determine the health literacy, and the Heart Failure Empowerment Scale (HFES) to determine the heart failure empowerment skills were used. The data were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 suite. For the assessment of the data, number, percentage, mean, standard deviation, t-test, one-way Anova test as descriptive statistical methods and Scheffe test and Pearson correlation and regression analysis as post-hoc analysis were used.

Of the individuals, 60% were male, 39.1% were 70 years old and above and average age was 66,357±11,438. “Health Literacy Scale” total score mean was 71,335±28,204, “Access to Information” sub-dimension mean was 11,883±6,750, “Understanding Information” sub-dimension mean was 20,478±8,548, “Assessment/Evaluation” sub-dimension mean was 23,774±9,904 and “Implementation/Practicing” sub-dimension mean was 15,200±6,008. “Heart Failure Empowerment Scale” total score mean was 74,996±30,078, “Self-awareness” sub-dimension mean was 20,457±9,863, “Ability to Achieve Goal” sub-dimension mean was 26,374±8,366 and “Goal Setting Ability” sub-dimension mean was 26,039±13,140. A statistically significant correlation was found between the Heart Failure Empowerment Scale total score and the Health Literacy Scale total score as r=0.812 positive (p=0.000 <0.05).

It was determined that as the health literacy level of individuals with heart failure increased, their ability to manage heart failure disease increased. It is recommended to increase planned education and counseling in order to increase the health literacy level of individuals and their ability to empower heart failure.

March 2022, 172. pages.

Keywords: Heart Failure, Health Literacy, Empowerment, Nurse

1. GİRİŞ

Kalp yetersizliği (KY), kalp performansında azalma sonucunda kalbin doku ve organlara gerekli olan kanı gönderememesi ile ortaya çıkan klinik tablodur. Kalbin vücuda kan pompalamasında yetersizlik, miyokardın kasılmasında performans azalması ya da miyokardın gevşemesindeki anormallikler sonucu ortaya çıkabilir (Çelik ve ark., 2019).

Kalp yetersizliği hızla yükselen yaşlı nüfusa bağlı olarak prevalansı ve insidansı gün geçtikçe artan ayrıca yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olan önemli sağlık sorunlarından biridir (Dilokthornsakul et al., 2012; Srisuk et al., 2016). Sağlıkta tıbbi ve teknolojik gelişmelerin olmasına rağmen kalp yetersizliği hastalığı toplumda hastane başvuruları ve tekrarlayan hastane yatışlarında en sık görülen hastalıklardan biri olarak geçmişten günümüze önemini korumaktadır (Enç & Öz Alkan, 2012; Scherbakov vd., 2015). Avrupa Kalp Birliği verilerine göre (ülkemizinde dahil edildiği 51 ülke yaklaşık 900 milyon civarında nüfus), Avrupa'da en az 15 milyon KY hastası olduğu tahmin edilmektedir (Türen & Enç, 2019). Türkiye'de ise KY prevelansını araştıran HAPPY (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey) çalışmasının 2012 yılı verilerine göre ülkemizde 2 milyonun üzerinde birey KY ile mücadele etmektedir. Ülkemizdeki KY prevalans oranı %2,9 olarak belirtilmiştir (Aksakal, 2019).

Kalp yetersizliği tekrarlı ve en sık hastane başvuruları arasında ilk sırada yer almaktadır (Jencks vet al, 2009; Ru et al., 2011). Tıbbi bakım ihtiyaçlarının çok fazla olması nedeniyle tekrarlayan hastane başvurularının büyük bölümünü temsil etmektedir (Bw et al., 2015; Hines et al., 2006). Kalp yetersizliğinde tedavinin başlıca amaçları mortalite ve hastane yatışlarının azaltılması, fonksiyonel kapasitenin arttırılması, hastalığın belirti ve bulgularını iyileştirerek yaşam kalitesinin arttırılmasıdır (Çavuşoğlu ve ark., 2015). Kalp yetersizliğinin etkili bir şekilde yönetilmesi gereksiz hastane yatışlarını ve mortalite oranını düşürmektedir. Uzun süre bakım gerektiren kalp yetersizliği hastalığı, hasta bireylerin yaşam kontrollerini sağlayabilmesi ve hastalığın getirmiş olduğu kısıtlamalar ile mevcut olan sağlık durumlarını maksimum düzeye çıkarabilmeleri için güçlendirme çok önemlidir. Güçlendirme hasta bireylerin yaşam kalitelerini artırmak amacıyla hastalığa yönelik kendi bakım davranışlarını değiştirmek aynı zamanda geliştirmek için ihtiyaç duydukları bilgi, beceri ve farkındalıkları kazanma süreçleri şeklinde tanımlanmaktadır (Funnell, 2004; Funnell & Anderson, 2003; Funnell & Weiss,

2008;). Bireylerin hastalıklarına uyum sağlamaları, kazanılan uyumun uzun süre devam ettirmeleri, sağlık alanında ve hastalık hedeflerine ulaşabilmeleri için kalp yetersizliğini güçlendirilmeleri önemlidir. Güçlendirme modeli hasta bireylerin başarma deneyimlerini artırmayı hedefleyerek istek ve motivasyonları yüksek bir şekilde bakıma katılmasını amaçlar. Kalp yetersizliği hastalığı ile hayata uyum sağlamak, sürekli ve bireyselleştirilmiş güçlendirme becerileri gerektirir. KY olan bireyler öz bakımına aktif katılması için desteklenmeli ve motivasyonu sağlanmalıdır (Abdoli et al., 2008; Funnell & Anderson, 2003).

Kalp yetersizliğini etkileyebilecek faktörlerden biri de sağlık okuryazarlığıdır (Fabbri et al., 2020; Funnell, 2004; Hawkins et al., 2016; Matsuoka et al., 2016; Robinson et al., 2011). Kalp yetersizliği olan bireyler, bireysel bakımları için bilgi ve becerilerini bütünleştirerek uygulanması gerekmektedir. Bireyler bu bilgi ve becerileri etkili bir şekilde yerine getirebilmek için etkili sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları gerekmektedir (Peterson vd., 2011; Riegel vd., 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlığını korumak, geliştirebilmek amacıyla bilgiye ulaşma, anlama ve bu bilgiyi kullanması için bilişsel, sosyal becerileri ve motivasyon düzeyleri olarak tanımlamaktadır (SGGM, 2018).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık sonuçlarının üzerinde derin etkileri olan tıbbi kaynaklara ulaşabilmek için yeterli sağlık okuryazarlığının gerekli olması nedeniyle sağlık uzmanları için önemli bir konu haline gelmiştir. Yapılan birçok araştırmada yüksek mortalite oranı, koruyucu hizmetlerin yetersiz kullanımı, daha fazla hastaneye yatış, kalp yetersizliğinin daha fazla alevlenmesi ve hastalığının ilerleyişinin kontrol edilememesini sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Baker et al., 2002; Fabbri et al., 2020; Howard et al., 2006; Murray et al., 2009; Oldfield & Dreher, 2010; Peterson et al., 2011; Riegel et al., 2009; Schillinger et al., 2002; Sudore et al., 2006; SGGM, 2018; Williams et al., 1995). Özellikle hastanede yatan kalp yetersizliği olan hastalarda yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi prevalans oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, kalp yetersizliği olan bireylerde yetersiz bireysel bakım becerileri ve yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (Dennison et al., 2011).

Yapılan literatür incelemesinde ulusal ve uluslararası alanda kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin belirlemesi üzerine bir çalışma tespit edilememiştir. Konunun önemi ve literatürdeki bu eksiklik göz önüne alınarak çalışma planlandı ve literatüre yeni bir bakış açısı sunarak katkıda bulunmak istenmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1.1. KALP YETERSİZLİĞİ TANIMI

Kalp yetersizliği, yapısal ya da fonksiyonel kardiyak anormallikler sonucunda ortaya çıkabilen, genellikle eforla ortaya çıkan ancak istirahat sırasında da görülebilen düşük kardiyak debisi ve artmış intrakardiyak basınçların sonucunda yorgunluk, ödem, nefes darlığı gibi tipik semptomlara eşlik eden artmış periferik ödem, juguler venöz basınç, pulmoner raller gibi bulgular ile karakterize klinik bir sendromdur (McDonagh et al., 2021).

2.1.2. KALP YETERSİZLİĞİNİN KLİNİK TİPLERİ

2.1.2.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği hastalığı semptomlarının başlangıç zamanına göre akut ya da kronik kalp yetersizliği olarak adlandırılır. Uzun bir süredir kalp yetersizliği olan hastalar "Kronik Kalp Yetersizliği" olarak tanımlanır. Akut Kalp Yetersizliği yakın zamanda başlayan kalp yetersizliğinin belirti ve bulgularının hızlı bir şekilde ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (Adamopoulos et al., 2012). Hastalığın belirti, bulguları tedaviyle en az bir ay boyunca kontrol altına alınmış hastalar için "Kararlı" (stabil) kalp yetersizliği terimi kullanılmaktadır. Kronik kalp yetersizliği durumu kötüleşirse hasta "Dekompanse" kalp yetersizliği olarak tanımlanır. "Dekompanse Kalp Yetersizliği" (DKKY) hastaneye yatışını gerektirecek şekilde "Akut" şekilde olarak gelişebilir (McMurrey et al., 2012).

2.1.2.2. Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği-Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği

Sol ventrikülün ejeksiyon fraksiyonunun (SVEF) hızına göre KY tanımlaması yapılır. Kalp yetersizliği korunmuş ejeksiyon fraksiyonuna (kalp debisi) sahip olan hastalarda sol ventrikül EF ≥ %50; düşük ejeksiyon fraksiyon (EF)'a sahip olan hastalarda sol ventrikül EF <%40 ve sol ventrikül EF' si % 40ile %49 arasında ise gri alan yani orta sınırda ejeksiyon fraksiyona sahip hastalar olarak adlandırılır. KY hastalarında sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun sınıflandırılması komorbid hastalıkların saptanması ve tedaviye cevabın değerlendirilmesinde önemlidir (Adamopoulos et al., 2012; Butler et al., 2014; Ponikowski et al., 2016).

2.1.2.3. Sol Kalp Yetersizliği ve Sağ Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği etkilenmiş olan ventrikülüne göre sağ, sol ya da çift taraflı kalp yetersizliği olarak sınıflandırılır. Sol kalbi ilgilendiren patolojik durumlarda pulmoner, sağ kalbi ilgilendiren patolojik durumlarda sistemik venöz konjesyonu tanımlamak amacıyla kullanılan tanımlamalardır (Srisuk et al., 2016). Kalp yetersizliğinin en çok görülen şekli sol kalp yetersizliğidir. Ortaya çıkan konjesyon esas olarak pulmoner venlerde ise sol kalp yetersizliği, sistemik venlerde ise sağ kalp yetersizliği görülmektedir (Kurmani & Squire, 2017; Melenovsky et al., 2014; Ponikowski et al., 2016; Yancy Clyde W. et al., 2013).

2.1.3. KALP YETERSİZLİĞİNDE EPİDEMİYOLOJİ

Kalp yetersizliği hastalığı görülme sıklığı ve yaygınlığı giderek artan bir hastalık olduğu için dünyada çapında önde gelen sağlık problemlerinden birisidir. Farklı ülkelerden elde edilen verilere göre kalp yetersizliği hastalık insidansının yılda 0,001-0,005 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (Değertekin ve ark., 2012). Dünya çapında yaklaşık olarak 40 milyon insan KY ile yaşıyor (Bottle et al., 2019). American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği-AHA), Kalp Hastalıkları ve İnme 2015 İstatistik verilerine göre Amerika'da yaklaşık olarak 20 yaş üzerinde 5.7 milyon bireyde kalp yetersizliği hastalığı olduğu ayrıca her yılda 870,000 bireyin yeni KY tanısı almakta olduğu bildirmektedir (Mozaffarian et al., 2015). Amerikan Kalp Birliği 2030 yılına kadar kalp yetersizliği hastalığında yaklaşık olarak %46 oranında artış beklendiğini, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 18 ve üzeri yaş bireylerde 2030 yılında ise 8 milyondan fazla bireyde kalp yetersizliği görülebileceğini öngörmektedir (Bui et al., 2011; Heidenreich Paul A. et al., 2013). Avrupa Kalp Birliği verilerine göre (ülkemizin de dahil edildiği 51 ülke yaklaşık 900 milyon civarında nüfus) Avrupa'da en az 15 milyon KY hastası olduğu tahmin edilmektedir (Türen & Enç, 2019). Türkiyede KY Prevelansı ve Belirleyicileri araştırmasının sonuçlarına göre yaklaşık üç milyon KY hastasının bulunduğu belirtilmektedir (Değertekin ve ark., 2012). 2021 ESC [Europen Society of Cardiology-Avrupa Kardiyoloji Derneği)] verilerine göre şu an Avrupa'da KY insidansı yaklaşık 3/1000 kişi-yılı (tüm yaş grupları) veya yetişkinlerde yaklaşık 5/1000 kişi-yılıdır. KY prevalansı yetişkinlerde %1 ile %2'sinde görüldüğü belirtilmiştir. Ancak çalışmalar genellikle yalnızca tanınan/tanı konmuş KY vakalarını içerdiğinden, gerçek prevalansın daha yüksek olması muhtemel olduğu düşünülmektedir. Kalp yetersizliği prevalansı yaşla birlikte artar 55 yaşın altındakiler için yaklaşık %1'iken 70 yaş ve üzerindekiler için bu durum %10 ve üzerine çıktığı ifade edilmektedir (McDonagh et al., 2021).

2.1.4. KALP YETERSİZLİĞİNDE ETİYOLOJİ

Kalp yetersizliği sorunu yaşanmasının çeşitli nedenleri olsada nedenlerinin başında sol ventrikül yapısını değiştiren herhangi bir durum KY gelişimine yol açabilmektedir. Koroner arter hastalığı (miyokard infarktüsü, iskemi) en yaygın görülen miyorkard hastalığı nedenidir. Koroner arter hastalığı (KAH) kalp yetersizliği bulunan hastaların yaklaşık olarak %70'inde kalp yetersizliği hastalığını başlatıcı neden olarak görülmektedir. Kalp yetersizliği olan hastaların %10'unda kapak hastalıkları, %10'undaysa kardiyomiyopati ile karşılaşılmaktadır. Kalp yetersizliğinde hipertansiyon, aritmiler ve ileti bozuklukları, yüksek debi (gebelik, paget's hastalığı), alkol ve ilaçlar, endokrin hastalıklar (diyabet, hipertrodi ve hipotroidi), konjenital kalp hastalıkları, pulmoner hipertansiyon perikardiyal hastalık, genetik bozukluklar ve diğer nedenler (beslenme, infeksiyoz, sigara içme, hiperlipidemi) KY gelişiminde rol oynayan önemli risk faktörleridir (Enç, 2017; Türen & Enç, 2019).

Kalp yetersizliğine sebep olan etiyolojinin hızlı bir şekilde tanımlanması hastalık riskini azaltmada, erken tedavi ve hastaya özel tedavi stratejilerinin seçilmesinde yardımcı olabilir (Kobayashi vd., 2020). Tablo 2.4.1'de kalp yetersizliği risk faktörleri belirtilmiştir.

Tablo 2.4.1 Kalp Yetersizliği Risk Faktörleri

Kalp Kapak Hastalıkları,	**Bulaşıcı Hastalıklar,**
Hipertansiyon,	**İnfiltratif Hastalıklar,**
Koroner Arter Hastalıkları,	**Uyuşturucu Kullanımı,**
Aritmiler,	**Endomiyokardiyal Hastalıkları,**
Kardiyomiyopati,	**Perikardiyal Hastalıklar,**
Konjenital Kalp Hastalıkları,	**Metabolik Hastalıklar,**
Depolama Bozuklukları,	

Kaynak: (McDonagh et al., 2021)

2.1.5. KALP YETERSİZLİĞİNDE FİZYOPATALOJİ

Kalp yetersizliği, kalpteki bir anormalliğin oluşturduğu ve hemodinamik, renal, nöral ve hormonal cevaplar ile tamamlanan multifaktöriyel bir klinik sendromdur (Enç, 2017). KY, temelde miyokartta hasar ve fonksiyon kaybı yaratan "indeks olay (ilk olay)" ile başlar. İndeks

olay sonrasında kalbin pompalama fonksiyonunda azalma gerçekleşir ve kalp pompalama fonksiyonunu devam ettirebilmesi için bazı mekanizmalar devreye girer. Bunlar; "Frank Starling mekanizması, nörohormonal sistem ve sitokin aktivasyonu, miyokardiyal yeniden şekillenme"dir (Türen, 2018; Türen & Enç, 2019).

Miyokardiyal hasarı ya da aşırı ventriküler yüklenmenin gerçekleşmesi ile "*Frank Starling mekanizması"* hızlı bir şekilde devreye girer (Enç, 2017; Türen & Enç, 2019). Fizyolojik olarak kalp kendisine ne kadar kan gelirse, o kadar kanı arter sistemine pompalar (Türen, 2018). KY hastalarında diyastol sonundaki yükselmeye bağlı olarak sol ventriküler performans azalır. Sol venriküldeki işlev bozukluğundan dolayı ejeksiyon fraksiyon (EF) azalır. Kalp debisinin azalması ile sempatik aktivite artar. Bu durumun kronikleşmesi Renin Anjiyotensin Aldesteron Sisteminin (RAAS) ve diğer nörohormonları aktif hale getirir. Renal kan akımının azalmasıyla renin salınmaya başlar ve anjiyotensin I ve II'nin artışı gerçekleşir. Anjiyotensin I'in büyük kısmı Anjiyotensin II'ye dönüşür. Anjiyotensin II vazokontrüktör bir maddedir. Akut dönemde sodyum ve su tutulumu gerçekleşir. Kronik hemodinamide oluşan stres neticesinde kalbin yapısında ve fonksiyonlarında değişiklikler oluşur. Bu olaya "miyokardiyal yeniden şekillenme (remodeling)" denir (Türen & Enç, 2019). Miyokardiyal remodeling yavaş gelişir. Bu durum haftalar veya aylar sürebilmektedir. Kalbin hemodinamik yüke uzun süre boyunca uyum sağlamasında mekanizmalar önemli rol oynar. Ancak bu mekanizmalarında kalbin işlevlerini normal şekilde devam ettirebilmesini sağlamak için kapasitelerinin sınırı vardır (Enç, 2017). Erken dönemde yararlı gibi görünen bu kompansatuvar mekanizmalar, ileri dönemde zararlı hale gelerek tablonun ağırlaşmasına neden olmaktadır (Türen & Enç, 2019).

2.1.6. KALP YETERSİZLİĞİNİN SINIFLANDIRILMASI

Kalp yetersizliğinin sınıflandırılmasında birçok sınıflama kullanılmaktadır. Bu sınıflandırmalar hastalığı tanılama ve tedavide kolaylık sağlamaktadır. Bu sınıflandırmalar aşağıda açıklanmıştır (McMurray et al., 2012; Türen & Enç, 2019; Yancy Clyde W. et al., 2013; Zoghi, 2011):

- ***Sol Ventrikül Fonksiyon Bozukluğuna Göre Yapılan Sınıflandırma:*** Sistolik işlev bozukluğu arttıkça EF azalır. Bu sınıflandırmaya göre sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon (SVEF)<%40'ın altındaysa "düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (DEF-KY", SVEF %40-49 arasıysa orta düzeyde (mid-range) kalp yetersizliği" ve SVEF≥%50'se "korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (KEF-KY) olarak tanımlanır.

- ***Semptom Başlangıcına Göre Yapılan Sınıflandırma:*** KY'nin gelişim süreci ve kompansasyon durumuna göre akut veya kronik olarak sınıflandırılmaktadır. Kronik KY kötüleşirse, bu durum "dekompanse kalp yetersizliği"ne dönüşür.
- ***Etkilenen Ventriküle Göre Yapılan Sınıflandırma:*** Etkilenen ventriküle göre "sağ" ve "sol" olmak üzere ikiye ayrılır. Bu sınıflandırma pulmoner ya da sistemik konjesyon gibi durumları vurgulamak için kullanılır.
- ***Kalp Debisine Göre Yapılan Sınıflandırma:*** "Düşük" ve "yüksek" debili olarak sınıflandırılır.
- ***Fonksiyonel Kapasiteye Göre Yapılan Sınıflandırma:*** New York Heart Associtation (NYHA-New York Kalp Cemiyeti) en çok kabul gören sınıflamadır. Belirtilerin şiddetini ve fiziksel aktiviteyi esas alır. NYHA fonksiyonel sınıflandırması (Tablo 2.6.1) kalp yetersizliğinin düzeyini belirlemek için uzun yıllardır yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemidir (Crespo-Leiro vd., 2018; Düzenli vd., 2008) Kalp yetersizliği olan hastaların belirtilerinin düzeyi ve fonksiyonel durumuna göre klinik tablonun sınıflandırması (New York Kalp Birliğinin, NYHA) ilk defa 1928 yılında tanımlanmış olup 1994 yılında yeniden düzenlenmiştir (Chen et al., 2011; Crespo-Leiro et al., 2018). NYHA sınıflandırması dört evreden oluşmaktadır. NHYA sınıflandırması güçlü bir prognoz göstergesi ve risk belirleyicisi olmaktadır. Fonksiyonel sınıf arttıkça hayatta kalma oranı azalmaktadır (King et al., 2012; McMurray et al., 2012).

Tablo 2.6.1. New York Kalp Cemiyetinin Kalp Yetersizliğini İşlevsel Sınıflandırması

SINIF I	Kalp hastalığı olup, fiziksel aktivite esnasında semptom yoktur. Sıradan fiziksel aktivite sırasında dispne, yorgunluk ya da çarpıntı ortaya çıkmaz.
SINIF II	Hastada hafif fiziksel aktivite kısıtlaması vardır. Dinlenme esnasında asemptomatiktir. Sıradan fiziksel aktivite dispne ya da çarpıntı gibi semptomlar oluşturur.
SINIF III	Fiziksel aktivite sırasında belirgin kısıtlama vardır. İstirahatte rahattır. Ancak sıradan bir aktiviteden azı dispne, yorgunluk ya da çarpıntı oluşturabilir.
SINIF IV	Sıradan bir aktiviteyi rahatsızlık duymadan yapamayacak durumdadırlar. Dinlenme halindeyken bile semptomlar oluşabilir. Olağan fiziksel aktivite yapıldığında rahatsızlık artar.

Kaynak: (McDonagh et al., 2021).

- ***Yapısal Anormallik Durumuna Göre Yapılan Sınıflandırma:*** KY gelişmesi ve progresyonunu değerlendirmek için sınıflandırılmıştır. Kalp yetersizliği, Amerikan Kalp Birliği [American Heart Associtation-(AHA)] tarafından ortaya konulmuş ve Avrupa Kardiyoloji Derneği [American College of Cardiology-(ACC)] tarafından kabul edilmiş olup ACC/AHA göre evrelendirilmiştir. ACC/AHA sınıflandırılması, kalp yapısındaki anormallikler ve risk faktörlerinin KY ile ilişkili olduğunu kabul etmektedir. ACC/AHA'ya sınıflandırılması KY'nin gelişmesi ve progresyonunu yapısal anormallik durumuna göre değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Ponikowski, et al, 2016, Yancy Clyde W. et al., 2013; Zoghi, 2011).

Tablo 2.6.2. ACC/AHA Kalp Yetersizliği Sınıflaması

EVRE A	KY gelişme riski yüksek fakat herhangi bir yapısal kalp hastalığı veya kalp yetersizliği belirtileri yok.
EVRE B	KY gelişmesi sebebi olarak gelişmiş yapısal kalp hastalığı mevcut. Fakat herhangi bir kalp yetersizliği belirti ve bulguları yok.
EVRE C	Yapısal kalp hastalığı ve KY belirtileri mevcut.
EVRE D	Özel girişimler gerektiren, tekrarlayan KY mevcut.

Kaynak: (Yancy Clyde W. et al., 2013)

2.1.7. KALP YETERSİZLİĞİNİN BELİRTİ VE BULGULARI

Kalp yetersizliği hastalığında erken dönemde tanı konulması çok zor olabilmektedir. Belirtiler hastayı tıbbi desteğe yönlendirse de kalp yetersizliği hastalığı belirtilerinin çoğu özgül olmadığı için diğer sorunlar arasında ayırıcı tanı koymak kolay olmayabilir. KY tanısı koymak için daha özgül belirtiler olan paroksismal noktürnal dispne, ortopne özellikle hafif belirtileri olan hasta bireylerde daha az görülür ve bu yüzden duyarlılığı düşüktür (McMurray et al., 2012; Ponikowski et al., 2016). Altta yatan nedene bağlı olmakla birlikte; dispne, egzersiz intoleransı ve halsizlik KY hastalarında sıklıkla görülen semptomlardır (Türen, 2017). Vücutta aşırı sıvı birikimi ve/ veya düşük kalp debisi nedeniyle ortaya çıkan semptomların şiddeti genel olarak egzersiz ile birlikte artmaktadır dolayısıyla bu semptomlar kalp yetersizliğini ayırt etmede ayırıcı tanı olabilir (McMurray et al., 2012).

Klinik olarak kalp yetersizliğinde, kalpte olan yapısal ya da işlevsel bozukluklardan kaynaklanan, hasta bireylerde klinikte tipik olarak nefes darlığı, ayak bileğinde şişme ve halsizlik gibi belirtiler ve artmış jugüler ven basıncı, akciğerde krepitasyon ve kalp tepe

atımının yer değiştirmesi gibi bulgular görülür (Türk Kardiyoloji Derneği Bilimsel Kurulu, 2015). Kalp yetersizliğinde görülen diğer tipik semptom ve bulgular Tablo 4' te gösterilmektedir (Ponikowski et al, 2016).

Tablo 2.7.1 Tipik Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

BELİRTİLER	**BULGULAR**
Tipik	**Daha Özgül**
❖Ortopne, ❖Ayak bileği şişmesi, ❖Nefes darlığı, ❖Paroksismal gece dispnesi, ❖Yorgunluk, yorgunluk, egzersiz sonrası iyileşme süresinde artış, ❖ Egzersiz toleransında azalma.	❖ Yüksek juguler ven basıncı, ❖ Üçüncü kalp sesi (gallop ritmi), ❖ Kalp tepe vurusunun sola kayması (Apikal dürdü), ❖ Hepatojügüler reflü.
Daha Az Tipik	**Daha Az Özgül**
❖ Gece gelen öksürük ❖ Hışıltı (wheezing), ❖ Şişkinlik hissi, ❖ İştahsızlık, ❖ Konfüzyon (yaşlı grupta sık görülür), ❖ Çarpıntı, ❖ Baş dönmesi, ❖ Senkop, ❖ Depresyon, ❖ Bendopne	❖ Periferik ödem (ayak bileği, sakral, skrotal) ❖ Kilo kaybı (ileri KY'de), ❖ Kilo alımı (> 2 kg/hafta), ❖ Kaşeksi, ❖ Kardiyak Üfürüm, ❖ Akciğerlerde krepitasyon (pulmoner krepitasyon) ❖ Taşikardi, ❖ Akciğerlerde havalanma azlığı ve akciğer bazallerinde perküsyonda matite alınması (plevral efüzyon) ❖ Düzensiz nabız, ❖ Takipne, ❖ Hepatomegali, ❖ Cheyne-Stokes solunumu, ❖ Asit, ❖ Oligüri ❖ Soğuk ekstremiteler, ❖ Dar nabız basıncı.

Kaynak: (McDonagh et al., 2021).

2.1.8. KALP YETERSİZLİĞİNDE TANI

Kalp yetersizliği tanısının erken evrede konulması nispeten ileri evre kalp yetersizliğine göre zordur. Genel olarak semptomlar spesifik değildir. Bu nedenden dolayı kalp yetersizliği ile diğer sorunlar arasında ayrım yapmaya yardımcı olmaz. Su ve sodyum tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkan bulgular, diüretik tedavi ile hızla düzelebileceği için değerlendirmek zorlaşır. Yüksek juguler venöz basınç ile apikal impulsun yer değiştirmesi gibi görülen semptomlar daha özgül olabilmektedir fakat belirlenmesi zordur (Johannes et al., 2011; King et al., 2012;

Ponikowski et al., 2016; Zoghi, 2011). Yaşlılarda, obez bireylerde, kadınlarda, kronik akciğer hastalığı olan bireylerde semptomların belirlenmesi ve yorumlanması zor olmakla birlikte genç hastaların yaşlı hastalara göre klinik seyir tablosu farklılık gösterebilir (Fonseca, 2006; Ponikowski vd., 2016; Wong vd., 2013, 2014). Kalp yetersizliğinde sağlık hikayesi çok önemlidir ve ayrıntılı geçmiş sağlık hikayesi alınmalıdır. Kalp yetersizliği tanısı konulması için hastalık semptomları ile klinik hikâye tek başına yeterli olmamaktadır. KY tanısı için hastalık semptomlarının yanı sıra fiziksel muayene bulguları ve yapısal/fonksiyonel anormallikler objektif kanıtlar ile belirlenmelidir (Zoghi, 2011). 2012 ESC kılavuzunda DEF-KY ve KEF-KY tanılarının konulabilmesi için belirlenen tanı kriterleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 2.8.1. Kalp Yetersizliğinde Tanı Kriterleri

DEF-KY tanısının konulması için karşılanması gereken üç koşul:
Tipik Kalp Yetersizliği Semptomları
Tipik Kalp Yetersizliği Bulguları
Düşük SVEF
KEF-KY tanısının konulması için karşılanmış olması gereken dört koşul:
Tipik Kalp Yetersizliği Semptomları
Tipik Kalp Yetersizliği Bulguları
Normal ya da sadece hafif azalan SVEF ve dilate olmayan SV
İlişkili yapısal kalp hasarı (SV hipertrofisi/SA genişlemesi) ve/veya diyastolik işlevde bozukluk

Kaynak: (McMurray et al., 2012)

Kalp yetersizliğine özgül semptom ve bulguların yanında farklı tanısal testlerde kullanılmaktadır. Bunlar (Enç, 2017; Türen & Enç, 2019; Türk Kardiyoloji Derneği Bilimsel Kurulu, 2015; Zoghi, 2011):

- ***Ekokardiyogram (EKO):*** Kalp yetersizliği tanısının konulmasında en yaygın kullanılan yöntemlerden biridir. Ventriküllerin fonksiyonlarını ve SVEF ölçümünün

hızlıca değerlendirilmesini sağlar. Ekokardiyografik veriler aynı zamanda hastanın prognozu hakkında da bilgi vermektedir.

- ***Elektrokardiyagram (EKG):*** EKG ile mevcut olan ritm ve ileti bozuklukları belirlenir.
- ***Göğüs Radyografisi:*** Pulmoner nedenlerin değerlendirilmesinde kullanılır.
- ***Natriüretik Peptidler:*** EKO'ya olaşmanın zor olduğu durumlarda tanı koymak için alternatif bir yaklaşım olarak kullanılmaktadır. Natriüretik peptidler, tanıyı dışlayıcı özellikleri olduğundan kalp yetersizliği tanısı konulurken kullanılan önemli biyobelirteçlerdir. Hastalığın prognozu ve tedavisinde önemli bir yer tutar.
- ***Laboratuvar Testleri:*** Genel olarak biyokimyasal (potasyum, sodyum, kreatinin /hesaplanmış olan glomerular filtrasyon hızı) ve hematolojik (lökositler ve trombositler, hemoglobin, hematokrit, ferritin) testlerin yansıra tiroid/stimulan hormon ölçümü, tiroid hastalığı kalp yetersizliğinin şiddetini arttırabileceği ya da taklit edebileceğinden dolayı önemlidir.
- ***Kardiyak Görüntüleme ve Diğer Tanısal Testler:*** Transtorasik ve transözofajiyal ekokardiyografi (transesophageal echo-TEE), stres EKO'su, kardiyak manyetik rezonans, koroner anjiyografi, endomiyokardiyal biyopsi vb. tetkikler KY tanılamada kullanılmaktadır.

2.1.9. KALP YETERSİZLİĞİNDE TEDAVİ

Kalp yetersizliğinin tedavi edilmesinde esas amaç morbidite ile mortaliteyi azaltmaktır (Enç, 2017). Kalp yetersizliğinde tedavi; farmakolojik, non-farmakolojik ve girişimsel tedavilerden oluşmaktadır.

2.1.9.1. Farmakolojik Tedavi

Farmokolojik tedavide amaç yaşam kalitesini arttırmak ve prognozun iyileştirilmesidir. Farmakolojik tedavide anjiyotensin II reseptör blokerleri (ARB), anjiotensin çevirici enzim inhibitörleri (ACE-İ), beta blokerler, mineralkortikoid reseptör antogonistleri (MRA), anjiotesin reseptör neprisilin inhibitörü (ARNİ), hidralazin/isosorbide dinitrate, diüretikler, ivabradine ve digoksin kullanılan ajanlardır (Türen & Enç, 2019).

2.1.9.1.1. Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri

Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE-İ), kalp yetersizliğinin tedavisi için ilk seçenektir. ACE-İ ve ARB'lerin renin-anjiotensin aldosteron sistemine bloke etme özelliği vardır. Vazokonstruksiyonu, sodyumu ve su retansiyonunu azaltarak kalbin iş yükünü azaltmakla birlikte ödemi de azaltır. ACE-İ zaman zaman böbreklerin faaliyetlerinde kötüleşme, hiperkalemi, semptomatik hipotansiyon, öksürük ve nadir olarak da anjiyo ödeme neden olabilmektedir. Bu yüzden serum potasyum değer takibi, renal fonksiyonların takibi ve kan basıncının takibi ACE-İ kullananlarda önemlidir. Kalp yetersizliği olan birey ACE İ kullanımına tolerasyonu olmazsa diğer bir seçenek olan ARB tedavisine geçilir (McMurray et al., 2012; Türen & Enç, 2019; Yancy Clyde W. et al., 2013).

2.1.9.1.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri

Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri'ne intolerans gelişen hastalarda Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB) ikinci seçenek olarak kullanılır. (Türen & Enç, 2019). Anjiotensin II reseptörlerine bağlanarak anjiotensin II salınımını bloke ederek vazodilatasyonu sağlar. Hipotansiyon, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve hiperpotasemiye neden olabilirler, yakın takip edilmelidir (Mann, 2008; McMurray et al., 2012).

2.1.9.1.3. Beta Blokerler

Betablokerler, kalpteki beta reseptörleri bloke edip nabzı, kan basıncını, kalbin kasılma gücünü ayrıca miyokardın ihtiyacı olan oksijen gereksinimini önemli derecede azaltır (Enç & Öz Alkan, 2012). Beta blokerler KY semptomlarını azaltabilir, hastanın klinik durumu iyileştirebilir ve hastanın yaşam kalitesini arttırabilir (Yancy Clyde W. et al., 2013). Beta blokerler, bradikardi'ye, şiddetli atriyoventriküler blok ve semptomatik hipotansiyona neden olabilir bu açıdan dikkatli kullanılmalıdır (Mann, 2008).

2.1.9.1.4. Mineralkortikoid Reseptör Antagonistleri

Aldesteron antogonistleri olarak da tanımlanan Mineralkortikoid Reseptör Antagonistleri (MRA), aldesteron ve diğer kortikosteroidleri bağlayan reseptorleri bloke eder (Türen, 2017). MRA'nın mortaliteyi ve hastane yatışlarını azalttığı klinik çalışmalarla belirlenmiştir (Yancy Clyde W. et al., 2013; Zannad et al., 2011).

2.1.9.1.5. Anjiotesin Reseptör Neprisilin Inhibitörü

Anjiotesin Reseptör Neprisilin Inhibitörü (ARNİ), ESC 2016 kılavuzunda önerilmiş yeni bir ilaç grubudur. Su ve sodyum tutulumu, vazokontriksiyon ve nörohumoral aşırı aktivasyonunu engeller (Türen, 2017).

2.1.9.1.6. Hidralazin/Isosorbide Dinitrate

Hidralazin/isosorbide dinitrate vazodilatör etkisi olduğu için kullanılırlar. Hidralazin/isosorbide dinitrate, ACE inhibitörü veya beta blokerlerin tedavide yaygın olarak kullanılmaya başlanmasıyla kullanımları azalmıştır (McMurray et al., 2012).

2.1.9.1.7. Diüretikler

Kalp yetersizliğinin birçok klinik sonucu sodyum ve su retansiyonu nedeniyle oluşmaktadır. Diüretikler böbreklerden su ve tuz kaybını arttırmaları nedeniyle kullanılır. Genel olarak diüretik tedavide tuz kısıtlanır (Mann, 2008; McMurray et al., 2012).

2.1.9.1.8. Ivabradine

İvabradin, kalbin sinüs düğümünde olan I_f kanalını inhibe edebilen ilaçtır. Ivabradine'in farmakolojik olarak etkisi sinüs ritminde olan hasta bireylerde ventriküllerin hızını yavaşlatırken atrial fibrilasyon ritmindeki hastada ventrikül hızını yavaşlatmaz (McMurray et al., 2012).

2.1.9.1.9. Digoksin

Semptomatik KY olan hastalarda ve Atrial Fibrilasyonu (AF) olan hastalarda oksijen kullanımını azaltarak daha iyi ventrikül dolumu sağladığı için kullanılmaktadır (McMurray et al., 2012).

2.1.9.2. Girişimsel ve Cerrahi Tedaviler

Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (KRT); KY ile sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu olan bireylerde, atriyum ve ventriküller arası senkronize kasılmayı düzenleyen atriyal senkronize biventriküler pacemaker tedavisi olarak tanımlanmaktadır (Young et al., 2003). İmplante edilebilen kardiyoverter defibrilatörler (Implantable Cardioverter Defibrillator-ICD) ve Sol Ventrikül Destek Cihazı (Left Ventricular Assist Device-LVAD); KY hastalarında ani ölümleri azaltmak için implante edilebilir kardiyoverter defibrilatörler [Implantable

Cardioverter Defibrillator (ICD)] kullanılmaktadır (Türen, 2017; Young et al., 2003). Yapay kalp olarak tanımlanan, sol ventirüküle pil destekli mekanik dolaşım destek cihazı olan LVAD hem kalp transplantasyonu beklerken hem de AKY ve KKY'si gelişen hastalarda cerrahi olarak implante edilebilir (Capriotti & Micari, 2019; Mark et al., 2008; Yurttaş et al., 2017). Bu cihazlar iyileşme sürecinde veya transplantasyona gidecek hastalarda sıklıkla köprü tedavisi olarak kullanılmaktadır (Türen & Enç, 2019). ICD implantasyonu tek başına KY mortalitesini azalttığı ve KY semptomlarını da iyileştirdiği belirtilmektedir (Capriotti & Micari, 2019; Young et al., 2003; Yurttaş ve ark., 2017).

Cerrahi Tedavi: Son dönem kalp yetersizliğinde diğer tedavi seçeneklerinin etkili olmadığı ya da yetersiz kaldığı durumlarda bir tedavi seçeneği olarak kardiyak transplantasyon uygulanabilir (Türen & Enç, 2019; Young et al., 2003).

2.1.9.3. Non-Farmokolojik Tedavisi

Kalp yetersizliğinde uygulanması gereken davranış değişikliklerinin hayata geçirilmesi oldukça önemli olmakla beraber kardiyak rehabilitasyon diğer tedavi şekilleriyle birlikte yürütülmelidir. Non-farmokolojik tedavide amaç hastalığın ilerleyişini durdurmak ya da yavaşlatabilmek, hastalık semptomlarını azaltmak, egzersiz kapasitesini arttırmak, yaşam kalitesini yükselterek morbidite ve mortaliteyi azaltmak için çok boyutlu ve koordineli bir girişim olarak planlanmalıdır (Tokem, 2015; Türen & Enç, 2019). Kalp yetersizliğinin non-farmokolojik yönetimi danışmanlık ve hasta eğitimi, yaşam tarzı ve egzersiz önerilerini kapsamalıdır.

Kalp yetersizliği olan hasta ve ailesine verilen eğitim ve danışmanlık ile hastalık sürecinin daha iyi kavranması sağlanır (Türen, 2016). Kalp yetersizliği hastalığının non-farmakolojik yönetimde verilecek eğitim ve danışmanlıklar aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde planlanabilir (Akbulut ve ark., 2016; Türk Kardiyoloji Derneği Bilimsel Kurulu, 2015);

- *KY Hastalığı Hakkında Bilgilendirme,*
- *Semptom Yönetimi,*
- *Tedavi Şekilleri ve Tedaviye Uyum,*
- *Öz bakım ve Hastalık Yönetimi,*
- *Beslenme Danışmanlığı,*
- *Sıvı ve Elektrolit Dengesi,*
- *Kilo Yönetimi,*
- *Sigaranın Bırakılması,*

- *Alkol Tüketiminin Sınırlandırılması,*
- *Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Danışmanlığı,*
- *Psikososyal Danışmanlık,*
- *Seyahat ve Dinlenme Planı,*
- *Seksüel Aktivite,*
- *İş ve Mesleki Hayat,*
- *Sağlıklı Aktif Yaşam Biçimi.*

Kalp yetersizliğinde egzersiz programları ve eğitimlerinin yansıra, kardiyak rehabilitasyonun önemi de oldukça artmıştır. 2016 ESC kılavuzu ve TKD tarafından yayınlanan "Türkiye'de Kalp Yetersizliği Yol Haritası"nda; multidisipliner kardiyak rehabilitasyonun KY hastaları için hayati öneme sahip olduğu ayrıca hastalığın yönetiminde diğer tedavi ve bakım uygulamalarıyla birlikte yürütülmesinin mortaliteyi, erken hastaneye yatışlarını, kalp yetersizliğinin ilerlemesini ve kötüleşmesini azalttığı, kardiyak olayların tekrar etmesini önlediği belirtilmektedir (Degertekin ve ark., 2012; Tokem, 2015; Ponikowski et al., 2016).

2.1.10. KALP YETERSİZLİĞİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kalp yetersizliği hastalığında hemşirelik bakım amacı; takip ve tedavisi süren hastanın kardiyopulmoner işlevlerini en uygun seviyede tutarak bireye özgü bakım ve gereksinimlerini bütüncül şekilde karşılamaktır (Türen & Enç, 2019). KY'nin multidisipliner yönetiminde etkin rol alan hemşireler akut ve uzun dönemde hastalığın sonuçları üzerinde major etkiye sahiptir (Akıncı ve ark., 2014; Rogers & Bush, 2015). KY hastası olan bireyler için hemşire liderliğindeki hasta eğitiminin yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve hastaneye yatışları ve yeniden yatışları azalttığı yapılan bir sistematik analiz çalışmasında belirlenmiştir (Rice et al., 2018). Kalp yersizliğinde hemşirelik bakımının önemi üzerine yapılan bir başka çalışmada da hemşirelerin KY'nin fizyopatolojisini ve semptomları hafifletmek, hastalık prognozu iyileştirmek aynı zamanda da KY yönetiminin kazandırılması, morbidite ve mortalite oranının azalması ve yaşam kalitesinin korunmasının sağlanabileceği bildirilmiştir (Rogers & Bush, 2015). KY de hemşirelik bakımında; hasta birey hastalığı hakkında bilgilendirilmeli, yaşam şeklinde değişiklikler yapması için teşvik edilmeli, tedaviye uyumu, bireyin hastalığa fizyolojik, psikolojik ve sosyal destek, planlanan bakıma aktif katılımı, kalp yetersizliğini güçlendirme davranışlarını gerçekleştirmesi sağlanmalıdır (Akıncı ve ark., 2014; Türen & Enç, 2019).

2.1.10.1. Hasta ve Ailesinin Eğitimi

Kalp yetersizliği hastalığının başarılı bir biçimde yönetilmesi için hasta ve hasta ailesinin hastalığın getirmiş olduğu kısıtlama ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlaması gerekmedir. Hastalar kısıtlamalarla yaşama fikrine ve sorumluluğa psikolojik olarak uyum sağlamalıdır (Enç, 2017). Alınması gereken önlem ve kısıtlamalardan herhangi birine uyumsuzluk olması yaşam kalitesini düşürmeye, gereksiz hastane yatışlarında artışa ve ölüme dahi yol açabileceği unutulmamalıdır. Çoğu KY olan bireyler hastalığı yönetmekte yardımına ihtiyaç duymaktadırlar bu yüzden eğitim planlamasının hasta ailesi ya da hastaya yardımcı kişileri de kapsayacak şekilde düzenlenmesi hastalık yönetimi açısından önemlidir. Aynı zamanda eğitim planlamalarına hastanın yakınının da dahil edilmesiyle hastanın tedaviye uyum, hastaneye yatma sıklığının azalması, sağlık kurumlarının kullanımı, hastalığın kontrolünde başarı sağlanma konularında etkili olduğu belirtilmektedir (Gök Metin, 2019; Özer, 2010). Kalp yetersizliği hasta ve hasta ailesi eğitiminde hastalık ile ilgili genel bilgiler, ilaçların kullanımı, besin ve sıvı tüketimi, fiziksel hareket ve KY ilerlediğini gösteren belirtiler ile ilgili bilgilendirilme yapılmalıdır. Hastaya KY ile ilgili verilecek genel bilgiler; kalbin nasıl çalıştığı, KY hastalığının sebepleri, hastalığın belirti ve bulgularının neler olduğu ayrıca KY hastalığının tedavisinden oluşur (Enç, 2017). Hemşireler hasta bireylerin KY hakkında yanlış bildiği bilgileri düzeltilmeli ve bireyin hastalığı nasıl algıladığını değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlamalıdır. ESC 2016 kılavuzunda KY hemşiresinin; multidisipliner yönetim programlarının KY hastalarında morbidite ve mortaliteyi azalttığına ve ekipler arası yakın iş birliğindeki önemi bildirilmiştir (Ponikowski et al., 2016). Hastaya ve hastanın ailesine verilen eğitimlerde kullanılan dil sade, bireylerin anlayabileceği seviyede anlaşılır olması gerekir. Hasta ve ailesinin eğitiminde yazılı materyal, telefonla danışmanlık, internet, düzenli ayaktan hasta takipleri, medya ve gazete gibi eğitim öğeleri kullanılabilir. Hemşireler mesleki performanslarını sergilerken genellikle bu eğitim öğelerinden yazılı broşürleri ve kitapçıkları daha çok kullanmaktadır (Kasapoğlu & Enç, 2017).

2.1.10.2. Beslenme ve Kilo Kontrolü

Kardiyovasküler hastalıkların gelişmesinde sağlıklı beslenme şeklinin çok büyük etkisi vardır. KY hastalığı olan bireylerde beslenme ve kilo kontrolündeki amaç bireylerin KY hastalığına uygun sağlıklı besinleri tüketmeleri konusunda bilinçlendirerek ve yardımcı olmaktır. ESC, KY olan bireylerde enerji ihtiyacını beden kitle indeksi (BKİ) 20-25 kg/m^2 olacak şekilde

ayarlanması gerektiğini bildirmektedir (Sazak ve ark., 2020). Kalp yetersizliği olan bireyin genel durumu ve komorbid durumu değerlendirilerek diyeti planlanmalıdır. Bireyin diyeti toplam günlük kalori ihtiyacı, doymuş yağ, trans yağ, kolesterol, sodyum ve besin maddelerinin diyet içeriği hesaplanarak düzlenmelidir (Çakın Menge, 2018).

Hasta birey mümkünse günlük olarak ya da haftada iki kere kilolarını ölçüp kaydetmeli ve düzenli takip etmelilerdir. Aniden ortaya çıkan kilo artışı (üç günde iki kg'dan fazla olursa) olursa doktorlara başvurması gerekmektedir. Bireyin kalori alımını düşürmeye ya da düzeyini korumaya yönelik uygun diyet, egzersiz ve fiziksel aktivite ile birlikte davranışsal program geliştirilerek besin ve liflerin uygun şekilde alınması ve tüketiminin arttırılması sağlanmalıdır (Sazak ve ark., 2020).

2.1.10.3. Sodyum ve Sıvı Alımı Kısıtlaması

Kalp yetersizliği hastalığında sodyum (Na^+) kısıtlamasının yapılması hastalığın yönetimi açısından önemlidir. Kronik kalp yetersizliğinde renin-angiotensin aldosteron sisteminin aktivitesinde artış ve glomerüler filtrasyon hızında olan değişikliklerin sonucunda sodyum (Na+) tutulumu artmaktadır. (Değer, 2020; Sezgin & Mert, 2015). Genel olarak aşırı sodyum tüketilmesi vücutta sıvı retansiyonuna neden olduğu için hastane başvurularını arttırdığı belirtilmektedir. Kalp yetersizliği diyetindeki Na^+ oranında aşırı tüketim ve aşırı kısıtlanmasının zararlı olduğu belirtilmiştir (Çavuşoğlu ve ark., 2015). Düşük tuz diyeti, günlük sodyum tüketimini 2-3 gr (1-2 silme çay kaşığı tuz) ile sınırlandırmaktadır. Kalp yetersizliğine yönelik olan kılavuzlarda kalp yetersizliği hastasının normalden daha az tuz tüketmesini gerektiğini tavsiye etmektedir. Günlük önerilen sodyum tüketimi kalp yetersizliğinin tipi (sistolik ya da diyastolik), eşlik eden diğer hastalıklar, NYHA sınıflaması ve hastalığın şiddetine göre değişebilmektedir. Konjesyonu olan bireylerde tuz kısıtlaması şiddetle önerilmektedir (Çavuşoğlu ve ark., 2015). Diyette sodyum tüketiminin sınırlandırılması KY semptomlarının kontrolünü kolaylaştırmakta aynı zamanda morbidite ve hastalığın progresyonunu yavaşlatarak fonksiyonel kapasiteyi artırmaktadır (Değer, 2020). KY olan hastalara sıvı kontrolü hakkında bilgi verilmelidir. İleri derecede kalp yetersizliği olan bireylerde özellikle refrakter konjesyonu, hiponatremisi ya da diüretik direnci olan bireylerin dışında sıvı alımının kısıtlanması tavsiye edilmemektedir. Sıvı kısıtlaması yapılacak bireylerde genel olarak günlük sıvı alımı 1.5 L/gün ile sınırlandırılır. Fakat, hipervolemik hiponatremisi olan bireylerde günlük sıvı alımı 0.5-1 L/güne kadar sınırlandırılabilir (Çavuşoğlu ve ark., 2015; McMurray et al., 2012).

2.1.10.4. İlaç Eğitimi

Kalp yetersizliğinde ilaç kullanımı hastalığın yönetilmesinde önemli bir konudur. Kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç kullanım sırasında ortaya çıkabilecek yan etkiler ve ilacın beklenen etkileri hakkında hasta birey bilgilendirilmelidirler. Örneğin hasta bireyin dehidrate kaldığı zamanlarda diüretik dozunu düşüreceği, hipotansiyon geliştiği zamanlarda ACE-İ dozunu azaltması gerektiğini bilmesi gerekmekledir. Hasta birey ilaç yan etkileri oluştuğunda ne yapması gerektiği konusunda eğitilmelidir.

2.1.10.5. Aktivite ve Egzersiz

Egzersiz iskelet kası fonksiyonunu geliştirerek fonksiyonel kapasiteyi arttırır aynı zamanda yaşam kalitesini arttırır (Kasapoğlu & Enç, 2017). Ancak KY olan bireylerde aktivite ve egzersiz oksijen tüketimini arttırmaktadır. Bundan dolayı egzersiz planınız doktorunuz veya hemşireniz tarafından KY evrenize göre belirlenmelidir. Kalp yetersizliği olan hastalarda yapılan birçok sistematik derlemeler ve meta-analiz araştırmalarının sonucunda egzersiz eğitimi ile KY nedeniyle hastane yatışlarında azalma sağladığı belirtilmiştir (McMurray vd., 2012). Kalp yetersizliğinde egzersizin yararları çoğu araştırmada belirtilmiştir. Ancak KY olan bireylerin büyük çoğunluğunun yaşlı olması sebebiyle uygulanabilirlik oranı düşüktür (Ünver & Armutçu, 2015). Kalp yetersizliğinde aktivite ve egzersiz önerileri KY bulguları stabil olan hastalara semptomlarını başlatmayacak şekilde düzenlenmelidir (Hull et al., 2005; McMurray et al., 2012; Ünver & Armutçu, 2015). Kalp yetersizliği olan bu bireylere ev içinde pasif hareketler, düzenli aynı zamanda aşırı efor sarf ettirmeyen yürüyüşler tavsiye edilmektedir (Ünver & Armutçu, 2015).

2.1.10.6. Sigara ve Alkol Tüketimi

Sigara kullanımı KY olan bireylerde daima engellenmelidir (Hull et al., 2005; Kasapoğlu & Enç, 2017). Sigarayı bırakması konusunda bireyler cesaretlendirilmelidir. Alkolün yasaklandığı alkolik kardiyomiyopati hastalarının dışındaki hastalarda orta derecede alkol tüketilmesine (günde 1 bira, 1-2 bardak şarap) izin verilir (Hull et al., 2005; McMurray et al., 2012). Aşırı düzeyde alkol tüketimi KY risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu sebepten ileri derece kalp yetersizliği şikayetleriniz var ise alkol tüketiminden tamamen uzak durulması gerekir. (Kasapoğlu & Enç, 2017). Kalp yetersizliği olan bireylere sigara ve alkolün KY hastalığına etkisi konusunda eğitim verilmelidir.

2.1.10.7. İstirahat ve Seyahat Planlaması

Yolculuklar fonksiyonel kapasiteye göre düzenlenmelidir. Aşırı sıcak ve nemli bölgelerden kaçınılmalı ve seyahat edilen yerin nemlilik oranına göre sıvı alımı dengelenmelidir. Seyahat yolculukları uzun yolculuklar yerine kısa zamanlı olan ve seyahat yerine direk giden araçlar ile tercih edilmelidir (Hull et al., 2005; Kasapoğlu & Enç, 2017; McMurray et al., 2012).

2.1.10.8. Bağışıklama

Kalp yetersizliği hastalığı grip, zatürre gibi enfeksiyon hastalıklardan olumsuz yönde etkilenmektedir. Kalp yetersizliği olan bireylerde grip gelişmesi hastalığının kalp yetersizliği semptomlarını kötüleştirebilir (Hull et al., 2005; Kasapoğlu & Enç, 2017; Sezgin & Mert, 2015). Bundan dolayı KY olan bireylerde enfeksiyondan korunmak için aşılama çok önemlidir. KY olan bireyler influenza, pnömoni sebebiyle hastaneye yatış açısından risklidirler. İnfluenza aşısının yapılması bu risk durumunu en aza indirebilmektedir (Sezgin & Mert, 2015). Yapılan araştırmalarda KY olan bireylere bağışıklama yapılmasıyla mortalite oranında düşüş arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (Kasapoğlu & Enç, 2017).

2.1.10.9. Cinsel Aktivite

Kalp yetersizliği olan birçok birey durumları kontrol altında olduğu sürece normal cinsel yaşamına devam edebilir. Yorgunluk halinde cinsel ilişkiden kaçınması, ağır yemek ve alkollü iken cinsel ilişkide bulunmaması gerektiği açıklanmalıdır (Enç, 2017). Cinsel aktivite dinlenmiş ve KY semptomları olmadığı rahat olunduğu zamanda planlanmalıdır. Cinsel aktivite sırasında yorgunluk ya da nefes darlığı gibi durumlar ile karşılaşılırsa ilişkiye ara vermelidirler. Kalp yetersizliği olan bireylerde hastalık sonucu ve uygulanan ilaç tedavileri sonucunda hemodinamik, vasküler, hormonal ve nörohormonal anormalliklerin görülmesi cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir. Kalp yetersizliği olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda görülen cinsel sorunlar; cinsel ilgide azalma, cinsel aktivite sıklığında azalma, cinsel performans ile ilgili olumsuz değişikler, cinsel aktiviteden memnuniyetsizliklerin yaşandığı hastalar tarafından bildirildiği belirtilmiştir (Mandras et al., 2007; Mert, 2015; Schwarz et al., 2006). Yapılan bir araştırmada Schwarz ve arkadaşları tarafından KY olan 105 birey üzerinde kadın ve erkekler arasında cinsel disfonksiyon prevelansının incelenmesi sonucunda kadınların %87'sine kadın cinsel disfonksiyonu tanısı konurken, erkeklerin %84'üne erektil disfonksiyon tanısı konulmuştur (Schwarz et al., 2008).

Kalp yetersizliği olan bireyler cinsel yeteneklerini nasıl gerçekleştirmeleri gerektiği konusunda bilgi almak isteyebilirler fakat sormakta çekinebilirler. Cinsel ilişki sırasında kardiyak olay korkusu, hastaların cinsel ihtiyaçlarını ve cinsel doyum alma becerisini etkileyebilir bu nedenlerden dolayı KY olan bireylere hekim ve hemşiresinin cinsel aktivite konusunda danışmanlık yapmaları önemlidir (Mandras et al., 2007).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi

Bireylerin, hayatlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için hastalık zamanlarında sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmaları, anlamaları ve bu bilgileri hayatlarına geçirebilmeleri zamanla önem kazanmış ve bu konuda yapılan çalışmalar ile Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır (Copurlar & Kartal, 2016).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa 1974 yılında Simond tarafından “Health Education as Social Policy” adlı makalede kullanılmıştır (Yilmaz & Tiraki, 2016). SOY kavramı, 1970 yıllarında ortaya çıkmasına rağmen, belirli bir süre SOY hakkında çalışmalar sınırlı kalmış ancak 1990 yıllarında akademik çalışmalarda kullanılmasıyla gelişimi artarak ve yeni tanımlamalar ortaya çıkmıştır.

1993’te Nutbeam ile Wise, "Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" olarak tanımlamışlardır. 1998’de ise Nutbeam’in Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına hazırladığı “Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü”nde (Health Promotion Glossary) SOY’un tanımı genişletilerek, "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" olarak tanımlanmıştır (Copurlar & Kartal, 2016). 1999 yılında Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association-AMA) sağlık okuryazarlığı kavramını; “Sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi” şeklinde tanımlanmıştır (Parker et al., 1999).

Sorensen ve arkadaşları 2012 yılında SOY’u “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini arttırmak/sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlamıştır (Sorensen et al., 2012). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık

okuryazarlığı “Sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmıştır (Okyay & Arabacıgil, 2016).

Bireyler sağlık durumlarını belirleyen faktörlerin kontrollerini üstlenmedikçe tam olarak sağlık potansiyellerine ulaşamazlar. Bireylerin sağlık sorumluluğunu üstlenmesi ve kendi sağlığının belirleyicilerini kontrol altında tutabilmesi için doğru seçimleri yapacak sağlık okuryazarlığı tanımı içindeki donanım ile becerilere sahip olmaları gereklidir. SOY yetersizliği sebebiyle birçok bireyin, sağlık hizmetlerine ulaşıp ve sağlık ile ilgili bilgileri hayatlarına geçirebilmesi konusunda zorluklar ile karşılayabileceğini bildirilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını daha etkili yönetebilmeleri açısından oldukça önemlidir. Bireylerin sağlık alanındaki yazıları okuma ve anlamadaki farklılıkların, sağlık sisteminde olan sağlık eşitsizliği oranını arttıracağı belirtilmektedir (Tatar, 2020).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Kalp Yetersizliği

Sağlık okuryazarlığı sadece okuduğunu anlamaktan fazlasını gerektirir; ilgili bilgileri güvence altına almak ve bunlara cevap vermek için gerekli olan çok boyutlu becerilerin geniş bir birikimini içerir. Bu beceriler arasında kolay erişim, okuma, yazma, yorumlama ve yazılı metne göre hareket etme gibi yazılı okuryazarlık bilgileri ve etkili bir şekilde dinleme, anlama gibi sözlü okuryazarlık bilgileri yer almaktadır. Bu becerileri olmayan yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip akut ve kronik kalp yetersizliği olan bireyler ihtiyaç duydukları öz bakımı karşılayamadıkları için mortalite oranının arttığı belirlenmiştir (Berkman et al., 2011). Amerika’da yapılan birkaç çalışmada, kronik ve akut kalp yetersizliği olan bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyelerinin olduğunu bildirmiştir (Dennison et al., 2011; McNaughton et al., 2015; Peterson et al., 2011). Düşük sağlık okuryazarlığının KY ile ilgili bilgi, öz yeterlilik, öz bakım davranışları ve yaşam kalitesiyle ilişkinin olmasının yanı sıra KY ilaç tedavilerine uyumun azalması ile ilişkili olduğu da yapılan araştırmalarda bildirilmektedir (Macabasco-O’Connell et al., 2011; Noureldin et al., 2012; Ratzan et al., 2000).

Kalp yetersizliği hastalığının mortalite ile morbidite oranı oldukça yüksek, yönetimi karmaşık bir kronik hastalıktır. KY olan bireyler yaşamlarının büyük bir bölümünü bakım ihtiyaçlarını gidermek ve hastalık semptomlarını hafifletmek için başvurdukları hastanede geçirdikleri sürede sağlık personeli yardımına ihtiyaç duymaktadır. Günlük hayatlarında ise kalp

yetersizliğine sahip birey bakım ihtiyaçlarında bireysel olarak karşılamak zorunda kalmaktadır. Bu bireysel bakım, bilgi ve becerilerin bütünleşmesini ve uygulanmasını gerektirir. Bireyler bu bilgi ve becerileri etkili bir şekilde yerine getirebilmek için etkili sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları gerekmektedir (Peterson et al., 2011; Riegel et al., 2009).

Düşük sağlık okuryazarlığı, KY de dahil olmak üzere birçok akut ve kronik durum için olumsuz sağlık sonuçlarının önemli bir nedeni olabilir. Amerika'da yapılan ulusal yetişkin okuryazarlık durumu değerlendirme araştırmasına göre, ABD nüfusunun sadece % 35'i temel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir (Kirrsch vd., 2002). Yapılan araştırmalarda yetersiz sağlık okuryazarlık oranı sonucunda sağlık koşulları hakkında daha az bilgi sahibi olunması, önleyici hizmetlerin daha az kullanılması gibi durumların tekrarlayan hastane yatışlarını ve mortalite oranını artırdığı belirtilmektedir (Baker et al., 2002 ; Baker et al., 2007; Scott et al., 2002).

Yurt dışında yapılan araştırmalarda KY olan bireylerde azalan sağlık okuryazarlığı ile yüksek mortalite oranı arasındaki ilişkiyi belirten çalışmalar bulunmaktadır. Kalp yetersizliği tanısı ile kardiyoloji polikliniğine başvuran 1494 bireye ait bir çalışmada, sağlık okuryazarlık oranının sadece %17,5 bulunmuş ve bu düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek mortalite oranı ile ilişkili olduğunu belirtilmiştir (Peterson et al., 2011). Başka bir çalışmada, kalp yetersizliği olan bireyler tarafından acile yapılan başvurularda bireylerde sağlık okuryazarlık oranının %37 olduğu belirtilmiştir. Kalp yetersizliği olan sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerde hastanede yatış sıklığı ve mortalite oranı yüksek bulunmuştur (Zuccalà et al., 2003). Kalp yetersizliği tanısı olan 574 bireyde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin tekrarlayan hastane yatışlarıyla ve yüksek mortalite oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Moser et al., 2015). Kalp yetersizliği en sık hastane başvuruları arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Jencks et al., 2009; Shah et al., 2011). Tıbbi bakım ihtiyaçlarının çok fazla olması nedeniyle tekrarlayan hastane başvurularının büyük bölümünü temsil etmektedir (Hines vd., 2006; Sperry vd., 2015). KY tanısı olan bireylerin hastaneden taburcu olduktan sonra %30'undan fazlasının tekrar hastaneye başvurduğu ya da 90 gün içinde öldüğü belirtilmektedir (Bueno et al., 2010; McNaughton et al., 2015).

2.3. GÜÇLENDİRME MODELİ

2.3.1. Güçlendirme Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklarda öz bakım ve tedavi sürecine uygun davranış kazandırmada hastanın tedavi ve öz bakım hakkında bilgilendirilmesi dolayısıyla güçlendirilmesi önemlidir (Çalışkan et al., 2021; Wohlfahrt et al., 2020). Güçlendirme bireylere, topluma, aile fertlerine, kendilerine çevrelerine sağlanen kaynakları keşfedip aynı zamanda bu bilgileri yararlarına kullanabilmelerine yardımcı olabilme ve yardım etme sürecini ifade etmektedir (Kaya & Işık, 2018). Güçlendirme, otorite kazandırma, bir işi yapabilme yeterliliğine izin vermedir. İşinde ya da yaşantısında güç hakkında bilgi edinen bireyin etkili ve bilinçli karar verme yeteneği artar. Aynı zamanda bireylerin kendilerini başkalarıyla entellektüel ve duygusal açıdan aynı seviyede görmesini sağlar, doğru bildiklerini ve haklarını savunma gücünü kazandırır (Home, 1993). Güçlendirmenin çalışma felsefesinde, "işbirliği", "sorun çözme", "katılım", "terapotik ilişki", "eşitlik" ve "karar verme" kavramları yer alır (Kaya & Işık, 2018). Uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin güçlendirilmesindeki amaç; sağlık ve diğer profesyonellerle ilişkilerinde kendi yaşamlarındaki kontrollerini sağlamaktır. Dolayısıyla kronik hastalıkların yönetilmesi açısından güçlendirme modeli oldukça etkilidir (Çalışkan ve ark., 2021; Jahanpeyma, 2018; Wohlfahrt et al., 2020).

2.3.2. Güçlendirme ve Kalp Yetersizliği

Hastaları güçlendirmek, hastaların kendi sağlık bakımları hakkında bilinçli kararlar verme öz-yeterliliğini ve kapasitesini içeren proaktif bir süreçtir. Kalp yetersizliği, hastayı harekete geçirmenin ve güçlendirmenin özellikle değerli olduğu kronik bir hastalıktır (Wohlfahrt et al., 2020). Sağlık profesyonelleri tarafından hastaların güçlülük düzeylerinin bilinmesi, hastaların desteklenebilmesi ve gerekli eğitim girişimlerinin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Kalp yetersizliğinde tedavi ve bakımın etkili bir şekilde yönetilmesi KY olan bireyin hastalık sürecine aktif olarak katılımı ile mümkün olabilmektedir. Kalp yetersizliğinin etkin yönetimi, mortaliteyi ve sık hastane yatışlarını azaltmaktadır. Bu durumda, kronik hastalık varlığında olduğu gibi, uzun süre bakım gereksinimi olan kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin yaşam kontrollerini sağlayabilmeleri, mevcut sağlık durumlarını kısıtlılıkları içerisinde en üst düzeye taşıyabilmeleri için güçlendirme önemlidir (Abdoli et al., 2008; Funnell & Anderson, 2003).

Bireyin aktif bir şekilde hastalık yönetimi sağlaması için son yıllarda çok sık olarak kullanılan ve tavsiye edilen "hasta güçlendirme" kavramının gerekliliği özellikle belirtilmektedir (Abdoli

et al., 2008; Funnell & Anderson, 2003). Güçlendirme kavramı günümüzde sağlık bakımında kullanılması açısından yeni yeni yer almaya başlamakta olan bir sağlık bakım modelidir. Bireylerin "yaşam kalitelerini artırmak amacıyla kendi bakım davranışlarını değiştirmek ve geliştirmek için gerekli bilgi, beceri ve farkındalık kazanma süreçleri" olarak tanımlanmaktadır (Anderson & Funnell, 2010; Funnell & Weiss, 2008). Güçlendirme modeli, bireylerin başarısını ve başarı deneyimlerini arttırmayı hedefleyerek bireylerin motivasyonu yüksek bir şekilde hastalık bakımlarına gönüllü katılımının olmasını amaçlamaktadır (Abdoli et al., 2008; Funnell & Anderson, 2003). Bireylerin hastalıklarının getirmiş olduğu yaşam şekillerindeki değişime uyum sağlamalarını, başarılarını uzun süre devam ettirebilmeleri ve sağlık alanındaki hedeflerine ulaşmaları için güçlendirilmeleri önemlidir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde güçlendirmenin önemi giderek artmaktadır. Bireyin, hastalık sürecine uyumunun devamlılığı ve hastanın belirli aralıklarla motivasyonunu yükseltmek için güçlendirme süreci gerekliliktir. Bu durumda önemli noktayı oluşturan basamak, hastanın ne zaman motivasyona ihtiyacı olduğunun tespit edilmesidir. Bu tespit ise değerlendirme basamağıyla yani etkin bir güçlendirme ölçümüyle mümkün olabilmektedir (Funnell, 2004). Kalp yetersizliği tanısı olan bireyler sağlık sonuçlarını iyileştirmede önemli bir role sahiptir. Kalp yetersizliği hastalığı ile hayata uyum sağlamak, sürekli ve bireyselleştirilmiş güçlendirme becerileri gerektirir. Kalp yetersizliği olan bireyler öz bakımına aktif katılması için birlikte yaşadığı bireyler tarafından desteklenmeli ve motivasyonu sağlanmalıdır. Rutin bireysel bakımın etkin bir şekilde benimsenmesi, bireysel motivasyona bağlıdır. Kalp yetersizliği hastalığı ile hayatı daha iyi yönetmek; diyet kısıtlamalarından, yaşam belirtilerinin belirlenmesi, ilaç planına uyma, semptom değişiminde doktoruna bilgi vermeye kadar uzanır (Aidemark et al., 2014; Conceição et al., 2015; Cowie et al., 2015; Jaarsma et al., 2017; Ponikowski et al., 2016; Shively et al., 2013).

Kalp yetersizliği tanısı olan bireyler kalp yetersizliğini güçlendirebilirler. Güçlendirmenin benimsenmesi ile kalp yetersizliği olan bireyi kendi kalp yetersizliği bakımlarına dahil etmek, değişen yaşam tarzını benimsemelerini daha muhtemel kılar ve sağlığını korumaya yardımcı olan, belirtileri yöneten değişiklikler tedaviye daha fazla bağlılık sağlar. Aynı zamanda bireyin güçlendirme becerilerini kazanması, etkin bireysel bakımını sağlaması, hastaneye tekrar başvurma riskinin ve birey başına düşen sağlık harcamalarının azaltılmasında yardımcı olduğu belirtilmektedir (Aidemark et al., 2014; Conceição et al., 2015; Cowie et al., 2015; Jaarsma et al., 2017; Ponikowski et al., 2016; Shively et al., 2013).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyine göre hastalığı yönetme becerilerinin belirlenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Soruları

- Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi nasıldır?
- Kalp Yetersizliği tanısı olan bireylerin hastalığı güçlendirme becerileri nasıldır?
- Kalp Yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre hastalığı güçlendirme becerileri nasıldır?
- Kalp Yetersizliği tanısı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri nasıldır?
- Kalp Yetersizliği tanısı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri nasıldır?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı S.B.Ü. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servislerinde yatan kalp yetersizliği tanısı olan hasta bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini 01.09.2020-28.02.21 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 230 hasta oluşturdu.

Son bir yılda T.C. Sağlık Bakanlığı S.B.Ü. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servislerinde yatan kalp yetersizliği tanısı olan hasta sayısı 8387 olarak belirtildi. Bu evrene göre örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın belirlemiş olduğu formül ile hesaplandı (Salant & Dillman, 1994).

1 Ocak 2019-30 Nisan 2019 tarihleri arasında (n:3299);

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

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatasıdır

(Salant & Dillman, 1994)

Örneklem formülü kullanılarak homojen yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, ± % 5 örnekleme hatasıyla gerekli örneklem büyüklüğü n = *3299* için;
$3299\ (1,96)^2(0,2)\ (0,8)\ /\ (0,5)^2\ (3299\ -1)\ +\ (1,96)^2(0,2)\ (0,8)$ = 229 olarak hesaplandı.

Araştırmanın örneklemini, T.C. Sağlık Bakanlığı S.B.Ü. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servislerinde, Eylül 2020-2 Şubat 2021 tarihleri arasında yatan kalp yetersizliği tanısı olan, çalışmaya katılmayı yazılı ve sözlü onam veren 230 hasta oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul eden fakat çalışmaya dahil edilme kriterlerine uymayan 30 hasta araştırmadan dışlandı. Bu hastaların dokuzu şiddetli ağrı düzeyine, 16'sı şiddetli dispneye sahip olduğu için ve altı hasta ise araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırmadan dışlandı.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Uzman hekim tarafından en az 6 ay önce KY tanısı konulan,
- Türkçe okuma ve yazma bilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Planlanan görüşme için hastaların sağlık durumunun uygun olduğu uzman hekim tarafından onaylanan,
- Ağrı ve dispne şikayeti olmadığı belirlenen hastaların çalışmaya dahil edilmesi planlandı.

3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya istekli olmayan,
- Soruları algılamasını, iletişim kurmasını etkileyecek düzeyde narkotik analjezik kullanan,
- Ciddi mental hastalık tanısı olan,
- Bilişsel işlev bozukluğu olan,
- Ağrı ağrısı, dispne şikâyeti olan hastaların araştırmaya dahil edilmemesi planlandı.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmaya dahil edilmesi planlanan KY tanısı olan bireylere çalışma hakkında sözlü bilgi verildikten sonra yazılı onam alındı. Daha sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplama araçları kullanılarak veriler toplandı. Öncelikle çalışmaya dahil etmeyi planladığımız bireyin ağrı ve dispne şikayetinin olup olmadığını belirlemek için hastaya ağrı ve dispne ölçekleri uygulandı. Araştırma sorularına cevap vermeyi engelleyecek düzeyde şiddetli ağrı (7,8,9,10 puan) puanına sahip bireyler (Hughes, 2019) ve şiddetli dispnesi (Biber, 2020) olan bireyler araştırmaya dahil edilmedi. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; "Hasta Bilgi Formu (EK-1), Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) (EK-2), Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeğidir (KYGÖ) (EK-3)".

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1 Hasta Bilgi Formu:

Araştırmaya katılan bireylere sosyodemografik özellikleri, kalp yetersizliği dışında kronik hastalık varlığı, kalp yetersizliği tanı süresi, New York Kalp Birliği (NYHA) konjestif kalp yetersizliği sınıflandırılması, ağrı skalası, dispne skalası için vizüel analog skala kalp yetersizliği hastalığının yönetimi konusunda eğitim alma durumu, hastaneye yatış sıklığı, en son ne zaman yattığı gibi sorulardan oluşan anket formu uygulanması planlandı (Biber, 2020; Richard & Fogoros, 2018; Zoghi, 2011). Form 22 maddeden oluşmaktadır.

New York Kalp Birliği Konjestif Kalp Yetersizliği Sınıflandırması:

Kalp yetersizliği ve kalp kapak hastalarının şikayetlerinin değerlendirilmesinde ve hastaların takip ve tedavisinin belirlenmesinde New York Kalp Birliğinin Fonksiyonel sınıflamasından yararlanılır. Hastalar NYHA sınıflandırmasında fiziksel aktivite düzeylerine göre I, II, III, IV

olarak sınıflandırılmaktadır. NHYA sınıflandırması güçlü bir prognoz göstergesi aynı zamanda risk belirleyicisidir. NYHA sınıf düzeyi yükseldikçe hastalığın şiddeti artar ve hayatta kalma şansı azalır (Zoghi, 2011).

Tablo 3.7.1.1. New York Kalp Birliği Sınıflandırması (NYHA)

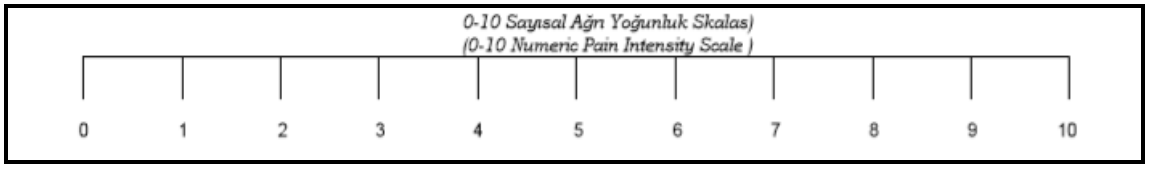
Sınıf I	Günlük fiziksel aktivitelerinde kısıtlanma yok.
Sınıf II	Fiziksel aktivite düzeyinde hafif kısıtlanma mevcut.
Sınıf III	Fiziksel aktivite düzeyinde belirgin kısıtlanma mevcut.
Sınıf IV	Belirtiler şiddetli,istirahatte dahi dispne yaşanması mevcut olan kalp hastaları.

Kaynak: (McDonagh et al., 2021).

Sayısal Ağrı Derecelendirme Ölçeği:

Visual Analog Skalası (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen değerleri sayısal hale çevirebilmek için kullanılır (Şekil 3.7.1.1). VAS bireylerin ağrı düzeylerini, şiddetini belirleyebilmek amacıyla kullanılmaktadır. 10 cm'lik bir çizginin her 1 cm aralıklarına ağrının şiddetini belirleyecek parametler yazılır. Hastadan bu çizgi üzerinde kendi ağrı durumunu tanımlayan düzeyi nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Skalada ağrı için bir uca 0 puan "hiç ağrım yok", diğer uca 10 puan "çok şiddetli ağrı" yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir (Richard & Fogoros, 2018). Ağrı şiddetini belirlemek için oluşturulan ölçekte 1-3 hafif ağrı, 4-6 orta düzeyde ağrı, 7-9 çok şiddetli ağrı, 10 dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. KY hastalığında ağrı durumu bireyin günlük yaşam aktivitelerini uygulayabilmesinde güçlük çekmesine yol açar ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Bu nedenle araştırmada ağrı skalası kullanılarak bireylerin ağrı derecesi belirlendi, orta ve daha düşük derecede ağrısı olanlar araştırmaya dahil edildi.

Şekil 3.7.1.1. Sayısal Ağrı Skalası

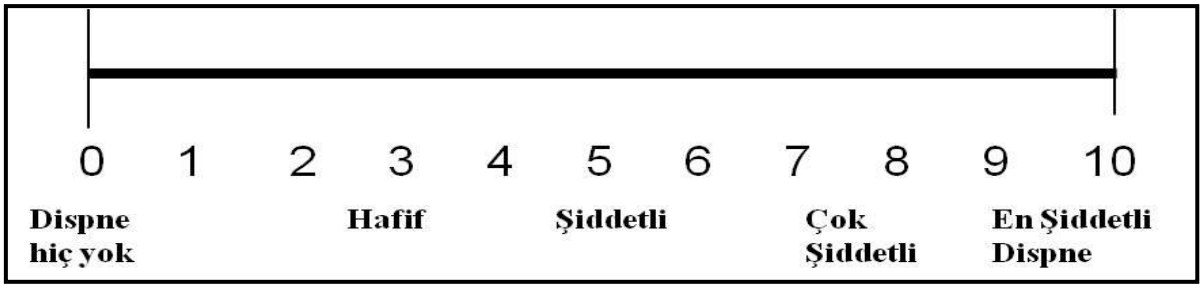


Kaynak:(Richard & Fogoros, 2018).

Dispne Sözel Derecelendirme Ölçeği:

Dispne Sözel Derecelendirme Ölçeği yatay bir çizgi üzerinde rakamlar 0 ile 10 arasında yerleştirilmiştir (Şekil 3.7.1.2). Nefes darlığı algısının hiç olmaması ile şiddetli dispne arasında hasta işaretleme yapar. 10 cm'lik bir çizginin her 1 cm aralıklarına ağrının şiddetini belirleyecek parametler yazılır. Bireyden bu ölçek üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Dispne için ölçeğin bir ucuna 0 puan "hiç dispne yok", diğer uca 10 puan "çok şiddetli dispne yazılır ve birey o andaki dispne düzeyini işaretler ve bireyin dispne derecesini belirlenir. Kolay uygulanabilir ve kullanımı basittir (Biber, 2020; Kara & Yildiz, 2013). Dispne şiddetini belirlemek için oluşturulan ölçekte 1-3 hafif dispne, 4-6 orta düzeyde dispne, 7-9 çok şiddetli dispne, 10 en şiddetli dispne olarak tanımlanmıştır. Dispne KY hastalığında uzun süre ve en sık görülen belirtilerdendir. Bu durum bireyin günlük yaşam aktivitelerini uygulayabilmesinde güçlük çekmesine yol açar ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetersizlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemektedir (McDonagh et al., 2021; Ponikowski et al., 2016). Bu nedenle araştırmada dispne skalası kullanılarak bireylerin dispne derecesi belirlendi, dispnesi olmayan ve hafif dipnesi durumu olan bireyler araştırmaya dahil edildi.

Şekil 3.7.1.2. Dispne Sözel Derecelendirme Ölçeği



Kaynak: (Biber, 2020)**.**

3.7.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği:

Sorensen (2012) tarafından geliştirilen 47 maddelik Health Literacy Survey in Europe (HLS-E.U) formu, Toci, Bruzari ve Sorenson (2013) tarafından tekrar çalışarak sadeleştirilmiş ve geçerlilik güvenirliği yapılmıştır (Sorensen et al., 2012). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index) olarak ifade edilmiştir (Toci et al., 2015). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2017 yılında Aras ve Bayık Temel tarafından geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme/Değerlendirme, Uygulama/Kullanma" alt boyutları bulunmaktadır (Bayık Temel & Aras, 2017).

Tablo 3.7.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanlandırması

Bilgiye Erişim	(1-5 maddeler)	Min 5 puan	Max 25 puan
Bilgileri Anlama	(6-12 maddeler)	Min 7 puan	Max 35 puan
Değer biçme/Değerlendirme	(13-20 maddeler)	Min 8 puan	Max 40 puan
Uygulama/Kullanma	(21-25 maddeler)	Min 5 puan	Max 25 puan
Toplam Ölçek Puanı		Min 25 puan	Max 125 puan

Ölçek maddeleri araştırmaya katılanlar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçekte bulunan tüm maddeler olumlu yapıdadır ve ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin standart sapması 0,95 ve alt ölçekleri için belirlenen Cronbach alfa katsayısı 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir (Toci et al., 2015). Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf

olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır (Temel & Aras, 2017).

3.7.3. Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği:

Diyabet güçlendirme ölçeği (DES-Diabet Empowerment Scale) 2000 yılında Anderson ve arkadaşları tarafından geliştirmiştir (Anderson et al., 2000). Karaman ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geçerlilik ve güvenirliği kalp yetersizliği olan bireyler üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin kısa formunda 8 madde, uzun formunda ise 28 madde mevcuttur. Beşli likert tipinde olan (1puan hiç katılmıyorum, 5 puan kesinlikle katılıyorum) bu ölçeğin "18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. ve 27. maddeleri, Özfarkındalık: hastalığın psikolojik yönlerini yönetme" alt boyutunda; "1, 2, 3, 4, 15, 16, 17. ve 19. maddeleri Hedefe ulaşabilme yeteneği" alt boyutunda; "5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. ve 14. maddeleri ise Hedef belirleyebilme becerisi" alt boyutlarında yer almaktadır. Ölçeğin minimum puanı 28, maksimum puanı 140'tır. 28-65 puan arası düşük, 66-103 arası orta, 104-140 arası ise yüksek güçlülük düzeyini göstermektedir. Yüksek puanda olanların kendilerini güçlendirme becerilerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Türkiye 'de Karaman ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenirliği yapılmış olan Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur (Karaman ve ark., 2017).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için ilk olarak İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 2019/142 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Ancak COVID-19 salgını nedeniyle çalışmanın belirtilen veri toplama başlangıç ve bitiş tarihinde gerçekleştirilemediğinden veri toplama başlangıç ve bitiş tarihlerinin 01.09.2020-28.02.2021 tarihleri arasında yapılması için etik kuruldan tekrar etik kurul uzatma izni alındı (EK 4- EK 5). Araştırmanın kurum izni T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı çalışma izni (EK-6) alındı. Araştırmada kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK-7) ve Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini (EK-8) yapan yazarlardan ölçeklerin çalışmada kullanılabilmesi için izin alındı. Araştırmaya katılan bireylere Helsinki Bildirgesinde yer alan ilkelere bağlı kalınarak hazırlanan "Bilgilendirilmiş Gönüllü

Olur Formu" ile araştırmanın amacı, planı, süresi hakkında sözlü bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onam alındı.

3.9. Araştırma Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın verileri Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi.

Tablo 3.9.1. Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

	Kurtosis	**Skewness**
Bilgiye erişim	-,836	,678
Bilgileri anlama	-1,005	,010
Değer biçme	-1,076	,074
Uygulama	-1,023	-,076
Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puan	-,913	,199
Özfarkındalık	-,817	,522
Hedefe ulaşabilme yeteneği	-,768	-,445
Hedefe belirleyebilme becerisi	-1,285	,156
Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Toplam Puan	-1,030	,163

Literatür bakıldığında, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine yönelik sonuçların +1,5 ile -1,5 arasında +2.0 ile -2.0 arasında olmasının normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir (George & Mallery, 2010; Tabachnick &Fidell 2013) .

İki bağımsız grup arasında "niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi", ikiden fazla bağımsız grup arasında "niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi" uygulandı. Anova testinden sonra farklılıkları belirleyebilmek amacıyla tamamlayıcı "post-hoc analizi olarak Scheffe testi" uygulandı. Araştırmanın "sürekli değişkenleri arasında ise pearson korelasyon ve regresyon analizi" kullanıldı.

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

3.10.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmada hastaların kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini belirlemek için Türkçe geçerlik ve güvenirliği daha önce yapılmış olan "Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği"nin kullanılması,
- Araştırmada hastaların sağlık okuryazalığını belirlemek için Türkçe geçerlik ve güvenirliği daha önce yapılmış olan "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"nin kullanılması,
- Araştırmanın örneklem belirlenmesinde istatistik uzmanı yardımıyla çalışılması ve araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin, istatistik uzmanı yardımıyla lisanslı Statistical Package Social Sciences (SPSS) 22 software program (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılması,
- Araştırmanın ulusal ve uluslararası alanda kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre kalp yetersizliği hastalığını yönetme becerilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan literatürdeki ilk çalışma olması dolayısıyla literatüre yeni bir bakış açısı sunması ve konunun önemindeki bu eksikliğin giderilmesi araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

3.10.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmamız nispeten küçük bir örneklem grubuyla ve tek merkezde yürütülmesi bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve istatiksel analizler bölüm 4.1-4.7 arasında açıklandı.

4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlişkili Bulgular

4.2.Sağlık Okuryazarlık Ölçeğiyle İlişkili Bulgular

4.3.Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.4. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri İle Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

4.5.Bireylerin Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Düzeyleri İle Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

4.6.Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Kalp Yetersizliği'ni Güçlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi

4.7.Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliği Güçlendirme Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlişkili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri, kalp yetersizliği dışında kronik hastalık varlığı, kalp yetersizliği tanı süresi, New York Kalp Birliği (NYHA) konjestif kalp yetersizliği sınıflandırılması, ağrı skalası, dispne skalası için vizüel analog skala kalp yetersizliği hastalığının yönetimi konusunda eğitim alma durumu, hastaneye yatış sıklığı, en son ne zaman yattığına ilişkin veriler Tablo 4.1.1.1-4.1.1.2-4.1.1.3, Tablo 4.1.2.1, Tablo 4.1.3.1, Tablo 4.1.4.1, Tablo 4.1.5.1, Tablo 4.1.6.1, Tablo 4.1.7.1'de açıklandı.

4.1.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleriyle İlişkili Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri Tablo 4.1.1.1, 4.1.1.2, 4.1.1.3'de açıklandı.

Tablo 4.1.1.1: Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 230)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kadın	92	40,0
Erkek	138	60,0
Yaş		
60 ve Altı	60	26,1
61-70	80	34,8
70 Üzeri	90	39,1
BKİ		
Normal Kilolu ve Altı	51	22,2
Fazla Kilolu	70	30,4
I.Derece Obez	68	29,6
II.Derece Obez	21	9,1
Morbid Obez	20	8,7
Sigara Kullanım Durumu		
Evet	35	15,2
Hayır	195	84,8
Alkol Kullanım Durumu		
Evet	15	6,5
Hayır	215	93,5

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre %40,0'ı (n=92) kadın, %60,0'ı (n=138) erkek olarak dağılmaktadır. Bireyler yaşa göre %26,1'i (n= 60) 60 yaş ve altı, %34,8'i (n=80) 61-70 yaş aralığı, %39,1'i (n=90) 70 yaş ve üzeri olarak dağıldığı tespit edildi. Bireylerin "yaş" ortalaması 66,357±11,438 (Min=19; Maks=91), olarak tespit edildi (Tablo 4.1.1.1).

Hastalar BKİ değerine göre %22,2'si (n=51) normal kilolu ve altı, %30,4'ü (n=70) fazla kilolu, %29,6'sı (n=68) I.derece obez, %9,1'i (n=21) II.derece obez, %8,7'si (n=20) morbid obez olarak dağılmaktadır. Bireylerin "boy" ortalaması 166,400±8,816 (Min=135; Maks=190), "kilo" ortalaması 83,817±19,516 (Min=34; Maks=150), " BKİ " ortalaması 30,386±7,445 (Min=13.79; Maks=59.52), olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1.1).

Araştırmaya katılan bireylerin %78,7'i (n=181) ilkokul mezunu ve okuryazar, %21,3'ü (n=49) ortaokul mezunu ve üzeri eğitim düzeylerine sahip olduğu saptandı (Tablo 4.1.1.1).

Araştırmaya katılan bireylerin %15,2'si (n=35) sigara kullanırken, %6,5'i (n=15) alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1.1).

Tablo 4.1.1.2: Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 230) (Devam)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu ve Okuryazar	181	78,7
Ortaokul Mezunu ve Üzeri Eğitim Düzeyi	49	21,3
Medeni Durumu		
Evli	162	70,4
Bekar	68	29,6
Çalışma Durumu		
Evet	17	7,4
Hayır/Emekli	213	92,6
Meslek		
Emekli	94	40,9
Ev Hanımı	88	38,3
Serbest Meslek	19	8,3
İşsiz	9	3,9
Diğer	5	2,2
Eğitimci	3	1,3
Psikolog	1	0,4
Mühendis	1	0,4

Araştırmaya katılan bireylerin %70,4'ü (n=162) medeni durumunun evli, %29,6'sı (n=68) bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1.2).

Araştırmaya katılanların %7,4'ü (n=17) mesleki açıdan çalıştığı, %92,6'sı (n=213) çalışmadığı belirlenmiştir. Meslek dağılımına göre araştırmada bireylerin %40,9'u (n=94) emekli, %38,3'ü (n=88) ev hanımı, %3,9'u (n=9) hizmet sektörü, %3,9'u (n=9) işsiz, %0,4'ü (n=1) öğrenci, %0,4'ü (n=1) psikolog, %8,3'ü (n=19) serbest meslek, %0,4'ü (n=1) mühendis, %1,3'ü (n=3) eğitimci, %2,2'si (n=5) diğer, meslek grupları olarak tespit edildi (Tablo 4.1.1.2).

Tablo 4.1.1.3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 230) (Devam)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Gelir Düzeyi Durumu		
Günlük İhtiyaçlar İçin Rahat Para Harcıyorum	46	20,0
Günlük İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	127	55,2
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	41	17,8
Zorunlu İhtiyaçlarını Bile Zor Karşılıyorum	16	7,0
Sağlık Güvencesi		
Var	209	90,9
Yok	21	9,1

Bireyler gelir düzeyi durumuna göre değerlendirildiğinde %20,0'ı (n=46) günlük ihtiyaçlar için rahat para harcadığını ifade ederken, %55,2'si (n=127) günlük ihtitiyaçlarını karşılayabildiği, %17,8'i (n=41) sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabildiğini, %7,0'ı (n=16) zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşıladığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1.3). Araştırmaya katılan bireylerin %90,9'unun (n=209) sağlık güvencesinin olduğu, %9,1'inin (n=21) sağlık güvencesinin olmadığı tespit edildi (Tablo 4.1.1.3).

4.1.2. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin ağrı ve dispne durumuna ilişkin verileri Tablo 4.1.2'de açıklandı.

Tablo 4.1.2. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulgular (N= 230)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Ağrı Durumu		
0 puan (hiç yok)	149	64,8
1-3 puan (hafif)	81	35,2
Dispne Durumu		
0 puan (dispne yok)	91	39,6
1-3 puan (hafif)	139	60,4

Araştırmaya şiddetli ağrısı olan bireyler (4 ve üzeri puan) ve şiddetli dispnesi olan bireyler (4 ve üzeri puan) araştırma sorularını etkin cevaplayamayacağı düşünüldüğünden araştırmaya alınmadı. Araştırmaya 0-3 puan arasındaki hafif düzeyde ağrısı ve dispnesi olan bireyler dahil edildi. Araştırmaya dahil edilen bireylerin ağrısı 0 puan (hiç yok) olan %64,8'i (n=149), ağrı düzeyi 1-3 puan (hafif) olan %35,2'si (n=81) olarak tespit belirlendi (Tablo 4.1.2). Dispne düzeyi 0 puan (dispne yok) olan bireyler %39,6 (n=91), dispne düzeyi 1-3 puan arası (hafif) olan bireyler %60,4 (n=139) olarak belirlendi (Tablo 4.1.2).

4.1.3. Bireylerin Kronik Hastalık Varlığına İlişkin Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık varlığına ilişkin verileri Tablo 4.1.3'de açıklandı.

Tablo 4.1.3. Bireylerin Kronik Hastalık Varlığına İlişkin Bulguları (N=230)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kronik Rahatsızlık Varlığı		
Evet	189	82,2
Hayır	41	17,8
Diyabet		
Evet	121	64,0
Hayır	68	36,0
Hipertansiyon		
Evet	136	72,0
Hayır	53	28,0
KOAH		
Evet	41	21,7
Hayır	148	78,3
Astım		
Evet	28	14,8
Hayır	161	85,2
Guatr		
Evet	9	4,8
Hayır	180	95,2
Böbrek Rahatsızlığı		
Evet	36	19,0
Hayır	153	81,0
Troid		
Evet	6	3,2
Hayır	183	96,8
Diğer Hastalıklar		
Evet	41	21,7
Hayır	148	78,3

Araştırmaya katılan bireylerin %82,2'sinde (n=189) kronik rahatsızlık belirlendi. Kronik rahatsızlıklar: %64'ünde (n=121) diyabet, %72 sinde (n=136) hipertansiyon, %21,7'sinde (n=41) KOAH, %14,8'inde (n=28) astım, %4,8'inde (n=9) guatr, %19,0'sında (n=36) böbrek rahatsızlığı, %3,2'sinde (n=6) troid, %21,7'sinde (n=41) diğer kronik hastalıklar olduğu belirlendi (Tablo 4.1.3).

4.1.4. Bireylerin Kalp Yetersizliği Hastalığı Tanı Süresine İlişkin Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin kalp yetersizliği hastalığı tanısının ne kadar zamandır var olduğuna yılına ilişkin veriler Tablo 4.1.4'de açıklandı.

Tablo 4.1.4. Bireylerin Kalp Yetersizliği Hastalığı Tanı Süresine İlişkin Bulguları (N=230)

Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kalp Yetersizliği Tanı Yılı		
6ay ile 1 Yıl Arası	22	9,6
1 ile 5 Yıl Arası	111	48,3
6 ile 10 Yıl Arası	68	29,6
10 Yıl ve Üzeri	29	12,6

Araştırmaya katılan bireylerin %9,6'sında (n=22) 6 ay ile 1 yıl arası, %48,3'ünde (111) 1-5 yıl arası, %29,6'sında (n=68) 6-10 yıl arası, %12,6'sında (n=29) 10 yıl ve üzeri kalp yetersizliği hastalığı tanısına sahip olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.4).

4.1.5. Bireylerin New York Kalp Birliği Sınıflamasına İlişkin Bulguları

Araştırmaya katılan bireylerin NYHA sınıflamasına ilişkin bulguları Tablo 4.1.5'de açıklandı.

Tablo 4.1.5. Bireylerin New York Kalp Cemiyeti Sınıflamasına İlişkin Bulguları (N=230)

Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
NYHA Sınıflandırması		
Sınıf I	33	14,3
Sınıf II	76	33,0
Sınıf III	70	30,4
Sınıf IV	51	22,2

NYHA: New York Kalp Cemiyeti Sınıflandırması

Araştırmaya katılan bireylerin NYHA sınıflaması incelendiğinde %14,3'ü (n=33) 1. Sınıf I, %33,0'ı (n=76) Sınıf II, %30,4'ü (n=70) Sınıf III, %22,2'si (n=51) Sınıf IV olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.5).

4.1.6. Bireylerin Kalp Yetersizliği Hastalığı Hakkında Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin kalp yetersizliği hastalığı hakkında daha önceden eğitim alıp almama durumlarına ilişkin bulguları Tablo 4.1.6'da açıklandı.

Tablo 4.1.6. Bireylerin Kalp Yetersizliği Hastalığı Hakkında Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulgular (N=230)

Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kalp Yetersizliği Hakkında Eğitim Alma Durumu		
Evet	109	47,4
Hayır	121	52,6
Hekim		
Evet	98	89,9
Hayır	11	10,1
Hemşire		
Evet	68	62,4
Hayır	41	37,6
Arkadaş ve Tanıdıklar		
Evet	32	29,4
Hayır	77	70,6
İnternet Radyo ve Televizyon		
Evet	21	19,3
Hayır	88	80,7
Kitap Broşür		
Evet	18	16,5
Hayır	91	83,5
Dergi Makale		
Evet	7	6,4
Hayır	102	93,6
Diğer Eğitimler		
Evet	8	7,3
Hayır	101	92,7

Bireylerin kalp yetersizliği hakkında eğitim alma durumu incelendiğinde %47,4'ünün (n=109) eğitim aldığı, %52,6'sının (n=121) almadığı belirlendi. Kalp yetersizliği hastalığı hakkında eğitim alan bireylerin eğitimlerini nerden/kimden aldıkları incelendiğinde: %89,9'u (n=98) hekimden, %62,4'ü (n=68) hemşireden, %29,4'ü (n=32) arkadaş ve tanıdıklardan, %19,3'ü (n=21) internet, radyo ve televizyon programlarından, %16,5'i (n=18) kitap/broşürden, %6,4'ü (n=7) dergi/makaleden, 7,3'ü (n=8) diğer eğitimler şekilllerinden eğitim aldığı tespit edildi (Tablo 4.1.6).

4.1.7. Bireylerin Hastaneye Başvuru Durumuna İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin hastaneye başvurma sıklığı Tablo 4.1.7'de açıklandı.

Tablo 4.1.7. Bireylerin Hastaneye Başvuru Durumuna İlişkin Bulgular (N=230)

Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Son Bir Yıldaki Acil Servise Başvuru Sayısı		
Hiç	14	6,1
1 kez	27	11,7
2 kez	39	17,0
3 ve daha fazla	150	65,2
Son Bir Yıldaki Hastaneye Yatış Sayısı		
Hiç	14	6,1
1 kez	43	18,7
2 kez	46	20,0
3 ve daha fazla	127	55,2

Bireylerin son bir yıldaki acil servise başvuru sayısı göre %6,1'inin (n=14) hiç acile başvurmadığı, %11.7'sinin (n=27) bir kez başvurduğu, %17.0'ının (n=39) iki kez hastaneye başvurduğu, %65.2'sinin (n=150) üç ve daha fazla acile başvurduğu tespit edildi (Tablo 4.1.7). Bireylerin son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı göre %6.1'inde (n=14) hiç hastaneye yatışı olmadığı, %18.7'sinde (n=43) bir kez hastane yatışı olduğu, %20'sininde (n=46) iki kez hastane yatışı olduğu, %55.2'sinde (n=127) üç veya daha fazla hastane yatışı gerçekleştiği tespit edildi (Tablo 4.1.7).

4.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile İlişkili Bulgular

Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme/Değerlendirme, Uygulama/Kullanma" alt boyutlarından oluşmaktadır. Bu bölümde Sağlık Okuryazarlık Ölçeğine ilişkin veriler " Tablo 4.2" 'de açıklandı.

Tablo 4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları (N=230)

Alt boyutlar	N	Ort	SS	Min.	Maks.	Alpha
Bilgiye Erişim	230	11,883	6,750	5,000	25,000	0,941
Bilgileri Anlama	230	20,478	8,548	7,000	35,000	0,932
Değer Biçme	230	23,774	9,904	8,000	40,000	0,927
Uygulama	230	15,200	6,008	5,000	25,000	0,919
Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puan	**230**	**71,335**	**28,204**	**25,000**	**125,000**	**0,973**

Ort: Oratalama, **Min**.: Minimum, **Maks**. :Maksimum, **Alpha:** İçtutarlılık

Araştırmaya katılan bireylerin **"Bilgiye Erişim**" alt boyut ortalaması 11,883±6,750 (Min=5; Maks=25), "**Bilgileri Anlama**" alt boyut ortalaması 20,478±8,548 (Min=7; Maks=35), **"Değer Biçme/Değerlendirme**," alt boyut ortalaması 23,774±9,904 (Min=8; Maks=40), "**Uygulama/Kullanma**" alt boyut ortalaması 15,200±6,008 (Min=5; Maks=25), "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan" ortalaması 71,335±28,204 (Min=25; Maks=125) olarak saptandı (Tablo 4.2).

4.3. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği, "Özfarkındalık, Hedefe Ulaşabilme Yeteneği, Hedef Belirleyebilme Becerisi" alt boyutlarından oluşmaktadır. Bu bölümde Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeğine ilişkin veriler "Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2'de" açıklandı.

Tablo 4.3.1. Kalp Yetersizliği Güçlendirme Puan Ortalamaları (N=230)

Alt boyutlar	N	Ort	SS	Min.	Maks.	Alpha
Özfarkındalık	230	20,457	9,863	9,000	45,000	0,902
Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	230	26,374	8,366	8,000	40,000	0,944
Hedef Belirleyebilme Becerisi	230	26,039	13,140	10,000	50,000	0,951
Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam Puan	**230**	**74,996**	**30,078**	**28,000**	**140,000**	**0,974**

Ort: Oratalama, **Min**.: Minimum, **Maks**.: Maksimum, **Alpha:** İçtutarlılık

Araştırmaya katılan bireylerin "Özfarkındalık" alt boyut ortalaması 20,457±9,863 (Min=9; Maks=45), "Hedefe Ulaşabilme Yeteneği" alt boyut ortalaması 26,374±8,366 (Min=8; Maks=40), "Hedef Belirleyebilme Becerisi" alt boyut ortalaması 26,039±13,140 (Min=10; Maks=50), "Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği" toplam puan" ortalaması 74,996±30,078 (Min=28; Maks=140), tespit edildi (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2. Kalp Yetersizliği Güçlendirme Gruplarına Göre Dağılım (N=230)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kalp Yetersizliği Güçlendirme		
Düşük	97	42,2
Orta	88	38,3
Yüksek	45	19,6

Bireylerin **kalp yetersizliği güçlendirme** düzeyleri incelendiğinde, %42,2'sinin düşük düzeyde, %38,3'ünün orta düzeyde, %19,6'sı yüksek düzeyde kalp yetersizliğini güçlendirme becerisi olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.2).

4.4. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumlarıyla ilişkili bulgular "Tablo 4.4.1 ile Tablo 4.4.14" arasında açıklandı.

Tablo 4.4.1. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Ağrı Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0 (hiç yok)	149	12,913±6,985	22,362±8,461	26,195±9,820	16,336±5,828	77,805±28,273
1-3 (hafif)	81	9,988±5,877	17,012±7,612	19,321±8,450	13,111±5,801	59,432±24,016
t=		3,202	4,742	5,319	4,014	4,956
p=		**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Dispne Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0 (dispne yok)	91	13,231±6,964	22,484±8,736	26,451±9,892	16,802±5,524	78,967±28,537
1-3 (hafif)	139	11,000±6,481	19,166±8,190	22,022±9,547	14,151±6,098	66,338±26,932
t=		2,478	2,926	3,392	3,345	3,396
p=		**0,014**	**0,004**	**0,001**	**0,001**	**0,001**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Ağrı durumu 0 puan (hiç yok) olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=12,913), ağrı durumu 1-3 arası (hafif) puan olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=9,988) yüksek tespit edildi (t=3, 202; p=0.001<0.05) (Tablo 4.4.1). Ağrı durumu 0 puan (hiç yok) olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=22,362), ağrı durumu 1-3 (hafif) olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=17,012) yüksek olduğu bulundu (t=4,742; p=0<0.05) (Tablo 4.4.1). Ağrı durumu 0 puan (hiç yok) olanların değer biçme puanları ($\bar{x}$=26,195), ağrı durumu 1-3 (hafif) olanların değer biçme puanlarından ($\bar{x}$=19,321) yüksek tespit edildi (t=5,319; p=0<0.05) (Tablo 4.4.1). Ağrı durumu 0 (hiç yok) olanların uygulama puanları ($\bar{x}$=16,336), ağrı

durumu 1-3 (hafif) olanların uygulama puanlarından ($\bar{x}$=13,111) yüksek tespit edildi (t=4,014; p=0<0.05) (Tablo 4.4.1).

Ağrı durumu 0 (hiç yok) olanların sağlık okuryazarlığı toplam puanları ($\bar{x}$=77,805), ağrı durumu 1-3 (hafif ağrı) olanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarından ($\bar{x}$=59,432) yüksek tespit edildi (t=4,956; p=0<0.05) (Tablo 4.4.1).

Dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=13,231), dispne durumu 1-3 arası (hafif dispne) puan olanların **bilgiye erişim** alt boyutunun puan düzeylerinden ($\bar{x}$=11,000) yüksek tespit edildi (t=2,478; p=0.014<0.05) (Tablo 4.4.1). Dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=22,484), dispne durumu 1-3 arası (hafif) puan olanların **bilgileri anlama** puanlarından ($\bar{x}$=19,166) yüksek saptandı (t=2,926; p=0.004<0.05) (Tablo 4.4.1). Dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların **değer biçme** alt boyut puanları ($\bar{x}$=26,451), dispne durumu 1-3 puan (hafif dispne) arası olanların **değer biçme** alt boyut puan düzeylerinden ($\bar{x}$=22,022) yüksek saptandı (t=3,392; p=0.001<0.05) (Tablo 4.4.1). Dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların **uygulam**a alt boyut puanları ($\bar{x}$=16,802), dispne durumu 1-3 (hafif) olanların **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden ($\bar{x}$=14,151) yüksek tespit edildi (t=3,345; p=0.001<0.05) (Tablo 4.4.1).

Dispne durumu 0 (dispne yok) olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=78,967), dispne durumu 1-3 puan (hafif) arası olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=66,338) yüksek tespit edildi (t=3,396; p=0.001<0.05) (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	92	10,011±5,754	17,674±8,533	22,076±9,728	14,576±5,891	64,337±26,708
Erkek	138	13,130±7,088	22,348±8,060	24,906±9,893	15,616±6,069	76,000±28,303
t=		-3,518	-4,208	-2,139	-1,288	-3,131
p=		0,000	0,000	0,033	0,199	0,002

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Kadınların **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=10,011), erkeklerin **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=13,130) düşük olduğu saptandı (t=-3,518; p=0<0.05) (Tablo 4.4.2). Kadınların **bilgileri anlama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=17,674), erkeklerin **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden ($\bar{x}$=22,348) düşük belirlendi (t=-4,208; p=0<0.05) (Tablo 4.4.2). Kadınların **değer biçme** alt boyut puanları ($\bar{x}$=22,076), erkeklerin **değer biçme** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=24,906) düşük belirlendi (t=-2,139; p=0.033<0.05) (Tablo 4.4.2). Kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=64,337), erkeklerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=76,000) düşük belirlendi (t=-3,131; p=0.002<0.05) (Tablo 4.4.2).

Hastaların **uygulam**a alt boyut puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0.05) (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.3. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
60 Ve Altı	60	15,833±7,110	24,400±7,647	28,267±9,370	16,983±5,703	85,483±26,979
61-70	80	11,675±6,465	22,025±7,887	25,450±9,044	15,575±5,820	74,725±25,950
70 Üzeri	90	9,433±5,477	16,489±8,087	19,289±9,225	13,678±6,052	58,889±25,779
F=		**18,758**	**20,376**	**19,174**	**5,934**	**19,640**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,003**	**0,000**
PostHoc=		**1>2, 1>3, 2>3 (p<0,05)**	**1>3, 2>3 (p<0.05)**	**1>3, 2>3 (p<0.05)**	**1>3, 2>3 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:**One Way Anova testi, **PostHoc:**Post-Hoc analizi: (Scheffe testi)

Bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeyleri yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (F=18,758; p=0<0.05). Bu farkın sebebi, 60 yaş ve altı olan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının yaşı 61-70 arası olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olmasıdır (p<0.05). Yaşı 60 ve altı olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının yaşı 70 üzeri olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olmasıdır (p<0.05). Yaşı 61-70 arası olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının yaşı 70 üzeri olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olmasıdır (p<0.05) (Tablo 4.4.3).

Bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=20,376; p=0<0.05). Bu farkın sebebi yaşı 60 ve altı olan bireylerin bilgileri anlama puan düzeylerinin yaşı 70 üzeri olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olmasıdır (p<0.05). Yaşı 61 ile 70 arasında olan bireylerin **bilgileri anlama** puan düzeyleri yaşı 70 ve üzeri olan bireylerin **bilgileri anlama** puan düzeylerinden yüksek olmasıdır (p<0.05) (Tablo 4.4.3).

Hastaların **değer biçme** alt boyut puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=19,174; p=0<0.05). Farkın nedeni yaşı 60 ve altı olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının yaşı 70 üzeri olanların **değer biçme** alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır

($p<0.05$). Yaşı 61-70 arası olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının yaşı 70 üzeri olanların **değer biçme** alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3).

Bireylerin **uygulama** alt boyut puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,934$; $p=0.003<0.05$). Bu farkın sebebi yaşı 60 ve altı olan bireylerin **uygulama** alt boyut puanlarının yaşı 70 ve üzeri olan bireylerden **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Yaşı 61 ile 70 arası olan bireylerin **uygulama** alt boyut puan düzeylerinin yaşı 70 ve üzeri olan bireylerin **uygulam**a alt boyut puan düzeylerinden yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeyleri yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=19,640$; $p=0<0.05$). Bu farkın sebebi yaşı 60 ve altı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin yaşı 61 ile 70 arası olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Yaşı 60 ve altı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin yaşı 70 ve üzeri olan bireylerden sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Yaşı 61 ile 70 arasında olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin yaşı 70 ve üzeri olan bireylerden sağlık okuryazarlığı toplam puan düzeyinin yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.4. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu((Devam) (N=230)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
BKİ		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Normal Kilolu ve Altı	51	12,431±7,747	21,255±9,297	22,980±10,689	14,294±6,169	70,961±31,675
Fazla Kilolu	70	12,029±6,607	20,214±8,563	23,829±9,736	15,229±6,240	71,300±28,202
I. Derece Obez	68	11,500±6,436	21,059±7,979	24,824±9,214	15,956±5,931	73,338±26,344
II. Derece Obez	21	12,762±7,085	18,524±9,070	22,000±11,113	15,429±5,887	68,714±30,463
Morbid Obez	20	10,350±5,393	19,500±8,211	23,900±9,941	14,600±5,315	68,350±24,551
F=		**0,490**	**0,536**	**0,438**	**0,613**	**0,187**
p=		**0,743**	**0,709**	**0,781**	**0,654**	**0,945**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi

Araştırmaya katılan bireylerin "**bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama"** alt boyutları ve SOY toplam puan düzeylerinin BKİ değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0.05) (Tablo 4.4.4).

Tablo 4.4.5. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Sigara Kullanım Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	35	13,714±7,286	23,971±7,426	25,429±10,010	15,314±6,106	78,429±27,825
Hayır	195	11,554±6,615	19,851±8,601	23,477±9,881	15,180±6,005	70,062±28,153
t=		1,751	2,660	1,074	0,122	1,622
p=		0,081	**0,008**	0,284	0,903	0,106
Alkol Kullanım Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	15	11,667±6,873	22,533±7,680	23,000±8,652	14,000±6,525	71,200±27,177
Hayır	215	11,898±6,757	20,335±8,603	23,828±10,001	15,284±5,977	71,344±28,335
t=		**-0,128**	**0,963**	**-0,312**	**-0,800**	**-0,019**
p=		**0,898**	**0,337**	**0,755**	**0,425**	**0,985**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullananların **bilgileri anlama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=23,971), sigara kullanmayanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=19,851) yüksek saptandı (t=2,660; p=0.008<0.05) (Tablo 4.4.5). Hastaların **bilgiye erişim, değer biçme, uygulama** alt boyutları ve SOY ölçeği toplam puan düzeyleri sigara kullanım durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi (p>0.05) (Tablo 4.4.5). Bireylerin "**bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama**" alt boyutları toplam puan düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları incelendiğinde alkol kullanım durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0.05) (Tablo 4.4.5).

Tablo 4.4.6. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (Devam) (N=230)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Eğitim Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
İlkokul ve Altı	181	10,072±5,599	18,287±7,682	21,553±9,095	13,912±5,541	63,823±24,380
Ortaokul ve Üzeri	49	18,571±6,465	28,571±6,506	31,980±8,390	19,959±5,260	99,082±23,821
t=		**-9,113**	**-8,573**	**-7,233**	**-6,849**	**-9,024**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=10,072), ortaokul ve üzeri olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=18,571) düşük tespit edildi (t=-9,113; p=0<0.05) (Tablo 4.4.6). Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=18,287), ortaokul ve üzeri olanların bilgileri anlama alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=28,571) düşük tespit edildi (t=-8,573; p=0<0.05) (Tablo 4.4.6). Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan bireylerin **değer biçme** alt boyut puanları ($\bar{x}$=21,553), ortaokul ve üzeri olanların **değer biçme** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=31,980) düşük olduğu belirlendi (t=-7,233; p=0<0.05) (Tablo 4.4.6). Eğitim durumu ilkokul ve altı olanların **uygulama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=13,912), ortaokul ve üzeri olanların uygulama alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=19,959) düşük tespit edildi (t=-6,849; p=0<0.05) (Tablo 4.4.6). Eğitim durumu ilkokul ve altı olanların SOY ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=63,823), ortaokul ve üzeri olanların SOY toplam puan düzeylerinden ($\bar{x}$=99,082) düşük olduğu bulundu (t=-9,024; p=0<0.05) (Tablo 4.4.6).

Tablo 4.4.7. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Medeni Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	162	12,494±6,694	21,722±8,142	25,019±9,277	15,840±5,759	75,074±26,707
Bekar	68	10,427±6,708	17,515±8,819	20,809±10,760	13,677±6,349	62,427±29,841
t=		2,136	3,489	2,992	2,521	3,164
p=		**0,034**	**0,001**	**0,003**	**0,012**	**0,002**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Medeni durumu evli olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=12,494), bekarların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=10,427) yüksek olduğu saptandı (t=2,136; p=0,034<0,05) (Tablo 4.4.7). Medeni durumu evli olanların bilgileri anlama alt boyut puanları ($\bar{x}$=21,722), bekarların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=17,515) yüksek tespit edildi (t=3,489; p=0.001<0.05) (Tablo 4.4.7). Medeni durumu evli olanların **değer biçme** alt boyut puanları ($\bar{x}$=25,019), bekarların **değer biçme** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=20,809) yüksek olduğu saptandı (t=2,992; p=0,003<0,05) (Tablo 4.4.7). Medeni durumu evli olanların **uygulama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=15,840), bekarların **uygulama** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=13,677) yüksek tespit edildi (t=2,521; p=0.012<0,05) (Tablo 4.4.7). Medeni durumu evli olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=75,074), bekarların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=62,427) yüksek tespit edildi (t=3,164; p=0,002<0,05) (Tablo 4.4.7).

Tablo 4.4.8: Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	17	17,471±7,081	28,941±5,717	31,824±9,167	17,765±6,210	96,000±25,678
Hayır	213	11,437±6,537	19,803±8,382	23,132±9,695	14,995±5,959	69,366±27,510
t=		**3,641**	**4,410**	**3,570**	**1,839**	**3,859**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,067**	**0,000**
Meslek		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Emekli	94	11,500±6,256	21,436±7,539	24,309±9,499	15,777±5,588	73,021±26,018
Ev Hanımı	88	9,977±5,896	17,023±8,138	21,330±9,429	14,046±5,903	62,375±25,814
Serbest Meslek	19	17,105±7,445	26,000±8,179	27,947±9,840	16,632±6,551	87,684±30,000
Diğer	29	15,483±7,429	24,241±9,168	26,724±11,110	15,897±6,956	82,345±32,240
F=		**10,043**	**10,972**	**4,013**	**1,883**	**7,217**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,008**	**0,133**	**0,000**
PostHoc=		**3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0,05)**	**3>1, 1>2, 3>2, 4>2 (p<0,05)**	**1>2, 3>2, 4>2 (p<0,05)**		**3>1, 1>2, 3>2, 4>2 (p<0.05)**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:**One Way Anova testi, **PostHoc:**Post-Hoc analizi:(Scheffe testi),

t:Bağımsız gruplar t testi

Çalışma durumları incelendiğinde çalışanların **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=17,471), çalışmayanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=11,437) yüksek tespit edildi (t=3,641; p=0<0.05) (Tablo 4.4.8). Çalışanların **bilgileri anlama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=28,941), çalışmayanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=19,803) yüksek tespit edildi (t=4,410; p=0<0.05) (Tablo 4.4.8). Çalışanların **değer biçme** alt boyut puanları ($\bar{x}$=31,824), çalışmayanların değer biçme alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=23,132) yüksek tespit edildi (t=3,570;

p=0<0,05) (Tablo 4.4.8). Çalışanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=96,000), çalışmayanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=69,366) yüksek tespit edildi (t=3,859; p=0<0,05) (Tablo 4.4.8). Hastaların **uygulama** alt boyut puan düzeyleri çalışma durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0,05) (Tablo 4.4.8).

Bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeyleri meslek grubu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (F=10,043; p=0<0,05). Bu farkın sebebi meslek grubu serbest meslek olan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının meslek grubu emekli olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Mesleği diğer olan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının mesleği emekli olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek bulunmasıdır (p<0,05). Meslek grubu serbest meslek olan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının meslek ev hanımı olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olmasıdır (p<0,05). Meslek grubu diğer olan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.8).

Bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeyleri meslek değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=10,972; p=0<0,05). Bu farkın sebebi meslek grubu serbest meslek olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının meslek grubu emekli olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Meslek grubu emekli olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının meslek ev hanımı olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeyinden yüksek olmasıdır (p<0,05). Meslek grubu serbest meslek olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Meslek grubu diğer olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeyinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.8).

Bireylerin **değer biçme** alt boyut puan düzeyleri meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (F=4,013; p=0,008<0,05). Bu farkın sebebi meslek grubu emekli olan bireylerin **değer biçme** alt boyut puanlarının meslek ev hanımı olanların **değer biçme** alt boyut

puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu serbest meslek olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların **değer biçme** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu diğer olan bireylerin **değer biçme** alt boyut puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların **değer biçme** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.4.8).

Bireylerin SOY ölçeği toplam puan düzeyleri meslek değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($F=7,217$; $p=0<0,05$). Bu farkın sebebi meslek grubu serbest meslek olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının meslek grubu emekli olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeyinden yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu emekli olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin meslek grubu ev hanımı olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu serbest meslek olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu diğer olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin meslek grubu ev hanımı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.4.8). Araştırmaya katılan bireylerin **uygulama** alt boyut puanları meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.4.8).

Tablo 4.4.9: Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Gelir Düzeyi Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Günlük İhtiyaçlar İçin Rahat Para Harcıyorum	46	15,326±7,908	25,391±8,876	29,457±9,781	18,457±6,069	88,630±29,113
Günlük İhtitiyaçlarını Karşılayabiliyorum	127	11,496±6,149	20,378±7,461	23,898±8,934	15,543±5,357	71,315±24,655
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	41	9,634±5,945	17,366±8,677	19,171±9,687	11,732±5,509	57,902±27,169
Zorunlu İhtiyaçlarını Bile Zor Karşılıyorum	16	10,813±6,595	15,125±8,921	18,250±10,003	12,000±6,419	56,188±29,521
F=		**6,171**	**10,038**	**10,922**	**12,298**	**11,889**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PostHoc=		**1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi, **PostHoc:** Post-Hoc analizi: (Scheffe testi)

Bireylerin gelir düzeyi durumu incelendiğinde **bilgiye erişim** alt boyut puanları gelir düzeyi durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=6,171; p=0<0.05). Bu farkın sebebi gelir düzeyi günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan

düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.9).

Bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanları gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptandı (F=10,038; p=0<0,05). Bu farkın nedeni gelir düzeyi günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinin gelir düzeyi günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi durumu günlük ihtiyaçlarım için rahat para harcıyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinin gelir düzeyi zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.9).

Bireylerin **değer biçme** alt boyut puanları gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=10,922; p=0<0,05). Bu farkın sebebi gelir düzeyi günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların değer biçme alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan bireylerin **değer biçme** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **değer biçme** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olan bireylerin **değer biçme** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak

saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan bireylerin **değer biçme** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **değer biçme** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0.05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **değer biçme** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.9).

Bireylerin **uygulama** alt boyut puanları gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=12,298; p=0<0,05). Bu farkın sebebi gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan bireylerin **uygulama** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **uygulama** alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). Gelir düzeyi durumu günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **uygulama** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **uygulama** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan bireylerin **uygulama** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **uygulama** alt boyut puan düzeylerinin gelir düzeyi, zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olan bireylerin **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.9).

Bireylerin SOY Ölçeği toplam puan düzeyleri gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (F=11,889; p=0<0,05). Bu farkın sebebi gelir düzeyi durumu günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puan düzeyinin gelir düzeyi, sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam düzeyinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi günlük

ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin gelir düzeyi, sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin gelir durumu, zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından yüksek olmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.9).

Tablo 4.4.10. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Sağlık Güvencesi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	209	12,005±6,784	20,823±8,561	24,191±9,891	15,522±5,952	72,541±28,165
Yok	21	10,667±6,429	17,048±7,794	19,619±9,255	12,000±5,745	59,333±26,299
t=		**0,866**	**1,941**	**2,030**	**2,592**	**2,060**
p=		**0,388**	**0,053**	**0,043**	**0,010**	**0,041**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Sağlık güvencesi incelendiğinde, sağlık güvencesi olanların **değer biçme** alt boyut puanları ($\bar{x}$=24,191), sağlık güvencesi olmayanların **değer biçme** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=19,619) yüksek saptandı (t=2,030; p=0,043<0,05) (Tablo 4.4.10). Sağlık güvencesi olanların **uygulama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=15,522), sağlık güvencesi olmayanların **uygulama** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=12,000) yüksek tespit edildi (t=2,592; p=0,01<0,05) (Tablo 4.4.10). Sağlık güvencesi olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=72,541), sağlık güvencesi olmayanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=59,333) yüksek olarak saptandı (t=2,060; p=0,041<0,05) (Tablo 4.4.1.10). Bireylerin **bilgiye erişim, bilgileri anlama**

alt boyut puanları sağlık güvencesine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4.10).

Tablo 4.4.11. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Kronik Rahatsızlık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	189	11,249±6,313	19,900±8,090	23,169±9,505	14,937±5,656	69,254±26,267
Hayır	41	14,805±7,928	23,146±10,089	26,561±11,281	16,415±7,379	80,927±34,591
t=		**-3,116**	**-2,224**	**-2,001**	**-1,431**	**-2,428**
p=		**0,010**	**0,059**	**0,079**	**0,233**	**0,047**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Kronik rahatsızlığı olan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=11,249), kronik rahatsızlığı olmayanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=14,805) düşük olarak saptandı (t=-3,116; p=0,01<0,05) (Tablo 4.4.11). Kronik rahatsızlığı olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=69,254), kronik rahatsızlığı olmayanların SOY ölçeği toplam puan düzeylerinden ($\bar{x}$=80,927) düşük olarak tespit edildi (t=-2,428; p=0.047<0.05) (Tablo 4.4.11). Hastaların **bilgileri anlama, değer biçme, uygulama** alt boyut puanları kronik rahatsızlık varlığı durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4.11).

Tablo 4.4.12:Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Kalp Yetersizliği Tanı Yılı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
6ay İle 1 Yıl Arası	22	12,046±7,234	21,182±8,969	23,682±9,428	14,818±4,646	71,727±27,390
1-5 Yıl	111	11,811±6,580	20,342±8,608	24,072±9,733	15,631±6,124	71,856±28,080
6-10 Yıl	68	12,279±7,125	20,824±8,436	23,632±10,227	14,603±6,150	71,338±29,023
10 Üzeri	29	11,103±6,383	19,655±8,624	23,035±10,588	15,241±6,277	69,035±28,692
F=		**0,213**	**0,184**	**0,092**	**0,441**	**0,077**
p=		**0,887**	**0,907**	**0,965**	**0,724**	**0,972**
Kalp Yetersizliği Hakkında Eğitim Alma Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	109	13,110±7,181	22,385±8,035	26,413±9,715	16,422±5,983	78,330±27,923
Hayır	121	10,777±6,160	18,760±8,663	21,397±9,499	14,099±5,837	65,033±27,052
t=		**2,652**	**3,279**	**3,956**	**2,978**	**3,666**
p=		**0,009**	**0,001**	**0,000**	**0,003**	**0,000**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:**One Way Anova testi, **t:**Bağımsız gruplar t testi

Bireylerin kalp yetersizliği tanı yılı süresi incelendiğinde, "**bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama"** alt boyut SOY ölçeği toplam puanları kalp yetersizliği tanı yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4.12).

Bireylerin kalp yetersizliği hakkında eğitim alma durumu incelendiğinde, eğitim alanların **bilgiye erişim** alt boyut puanları ($\bar{x}$=13,110), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=10,777) yüksek saptandı (t=2,652; p=0,009<0,05) (Tablo 4.4.12).

Kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların **bilgileri anlama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=22,385), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların **bilgileri anlama** puanlarından ($\bar{x}$=18,760) yüksek tespit edildi (t=3,279; p=0,001<0,05) (Tablo 4.4.12). Kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların **değer biçme** alt boyut puanları ($\bar{x}$=26,413), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların **değer biçme** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=21,397) yüksek tespit edildi (t=3,956; p=0<0.05) (Tablo 4.4.12). Kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların **uygulama** alt boyut puanları ($\bar{x}$=16,422), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden ($\bar{x}$=14,099) yüksek olarak tespit edildi (t=2,978; p=0.003<0.05) (Tablo 4.4.12). Kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=78,330), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=65,033) yüksek tespit edildi (t=3,666; p=0<0.05) (Tablo 4.4.12).

Tablo 4.4.13. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Son Bir Yıldaki Acil Servise Başvuru Sayısı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hiç	14	9,786±4,300	20,429±8,437	25,429±7,572	16,214±5,177	71,857±20,034
1kez	27	14,741±6,068	25,148±7,009	27,037±9,226	17,778±5,124	84,704±23,078
2kez	39	11,692±6,997	20,154±8,589	23,026±10,215	15,282±5,549	70,154±29,066
3 Ve Daha Fazla	150	11,613±6,894	19,727±8,611	23,227±10,082	14,620±6,249	69,187±29,012
F=		**2,187**	**3,180**	**1,340**	**2,297**	**2,379**
p=		**0,090**	**0,025**	**0,262**	**0,078**	**0,071**
PostHoc=			**2>3, 2>4 (p<0.05)**			
Son Bir Yıldaki Hastaneye Yatış Sayısı	**n**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hiç	14	11,214±7,245	22,357±9,564	28,000±10,590	16,500±4,587	78,071±28,410
1kez	43	12,791±6,497	22,023±8,374	25,465±8,570	16,721±5,586	77,000±25,626
2kez	46	11,391±6,155	19,761±8,324	22,783±10,254	15,457±6,062	69,391±27,857
3 Ve Daha Fazla	127	11,827±7,026	20,008±8,580	23,095±10,044	14,449±6,191	69,378±29,072
F=		**0,386**	**0,929**	**1,634**	**1,847**	**1,123**
p=		**0,763**	**0,427**	**0,182**	**0,139**	**0,341**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:**One Way Anova testi, **PostHoc:**Post-Hoc analizi: (Scheffe testi)

Bireylerin son bir yıldaki acil servise başvuru sayıları incelendiğinde, **bilgileri anlama** alt boyut puanları son bir yıldaki acil servise başvurma sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=3,180; p=0,025<0,05Bu farkın sebebi son bir içinde acil servise başvurma sayısı 1 kere olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının son bir içinde acil servise başvurma sayısı 2 kere olanların **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır p<0,05). Son bir yıl içinde acil servise başvurma sayısı 1 kere olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının son bir yıldaki acil servise başvurma sayısı 3 ve üzeri olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.13). Bireylerin "**bilgiye erişim, değer biçme, uygulama"** alt boyutları ve SOY ölçeği toplam puanları son bir yıl içinde acil servise başvurma sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4.13). Bireylerin son bir yıl içinde hastaneye yatış sayısı incelendiğinde "bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama" alt boyut puanları ve sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı değişkenine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4.13).

Tablo 4.4.14. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	N	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
NYHA Sınıflandırması		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	33	14,121±7,026	23,273±9,237	26,879±9,620	16,667±6,107	80,939±28,904
2	76	13,566±6,397	22,500±7,774	26,671±8,982	17,566±5,259	80,303±25,510
3	70	9,143±5,290	17,729±7,140	20,071±8,963	12,586±5,216	59,529±23,477
4	51	11,686±7,677	19,431±9,794	22,529±10,874	14,314±6,488	67,961±31,336
F=		**7,182**	**5,578**	**7,341**	**10,545**	**9,028**
p=		**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PostHoc=		**1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)**	**1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**	**1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**	**1>3, 2>3, 2>4 (p<0.05)**	**1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**

NYHA:New York Kalp Cemiyeti, **Ort±SS:**Ortalama standard sapma, **F:**One Way Anova testi, **PostHoc:**Post-Hoc analizi:(Scheffe testi)

Bireylerin NYHA Sınıflaması incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptandı (F=7,182; p=0<0,05). Bu farkın nedeni NYHA sınıflandırması I olan bireylerin **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olan bireylerin bilgiye erişim puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması II olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması IV olanların **bilgiye erişim** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **bilgiye erişim** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.14).

Bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=5,578; p=0,001<0,05). Bu farkın sebebi NYHA sınıflandırması I olan bireylerin **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **bilgileri anlama** puan düzeylerinden; NYHA sınıflandırması II olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **bilgileri anlama** puan düzeylerinden; NYHA sınıflandırması I olanların bilgileri anlama puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların **bilgileri anlama** puan düzeylerinden; NYHA sınıflandırması II olanların **bilgileri anlama** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanlardan **bilgileri anlama** puan düzeylerinden yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.4.14).

Bireylerin **değer biçme** alt boyut puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=7,341; p=0<0,05). Bu farkın sebebi NYHA sınıflandırması I olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **değer biçme** alt boyut puanlarından; NYHA sınıflandırması II olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **değer biçme** alt boyut puanlarından; NYHA sınıflandırması I olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların **değer biçme** alt boyut puanlarından; NYHA sınıflandırması II olanların **değer biçme** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların değer biçme puan düzeylerinden yüksek olarak belirlenmesidir (p<0,05) (Tablo 4.4.14).

Bireylerin **uygulama** alt boyut puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=10,545; p=0<0,05). Bu farkın sebebi NYHA sınıflandırması I olanların **uygulama** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **uygulama** alt boyut puan düzeyinden; NYHA sınıflandırması II olanların **uygulama** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **uygulama** alt boyut puan düzeyinden; NYHA sınıflandırması II olanların **uygulama** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların **uygulama** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.14).

Bireylerin SOY ölçeği toplam puanları NYHA sınıflandırması değişkenine göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptandı(F=9,028; p=0<0,05). Bu farkın sebebi NYHA sınıflandırması I olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması II olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının NYHA sınıflandırması III olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeyinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması I olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinin NYHA sınıflandırması IV olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması II olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının NYHA sınıflandırması IV olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.4.14).

4.5. Bireylerin Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme düzeylerinin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumları ile ilişkili bulgular Tablo 4.5.1 ile Tablo 4.5.14 arasında açıklandı.

Tablo 4.5.1. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Ağrı Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
0 (hiç yok)	149	22,430±9,960	27,671±8,042	28,960±13,414	81,443±30,163
1-3 (hafif)	81	16,827±8,622	23,988±8,473	20,667±10,783	63,136±26,206
t=		4,266	3,256	4,785	4,599
p=		0,000	0,001	0,000	0,000
Dispne Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
0 (dispne yok)	91	22,736±9,752	28,022±8,466	29,385±12,881	82,451±29,211
1-3 (hafif)	139	18,964±9,681	25,295±8,151	23,849±12,888	70,115±29,735
t=		2,881	2,443	3,186	3,098
p=		0,004	0,015	0,002	0,002

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Araştırmada bireylerin "Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (Tablo 4.5.1)" incelendiğinde;

Bireylerin ağrı durumu 0 puan (hiç yok) olanların **özfarkındalık** alt boyut puanları ($\bar{x}$=22,430), ağrı durumu 1-3 arası (hafif) ağrısı olanların **özfarkındalık** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=16,827) yüksek tespit edildi (t=4,266; p=0<0,05) (Tablo 4.5.1). Ağrı durumu 0 puan (hiç yok) olanların hedefe ulaşabilme **alt boyut** yeteneği puanları ($\bar{x}$=27,671), ağrı durumu 1-3 arası (hafif) puan olanların **hedefe ulaşabilme** alt boyut yeteneği puanlarından ($\bar{x}$=23,988) yüksek tespit edildi (t=3,256; p=0,001<0,05) (Tablo 4.5.1). Ağrı durumu 0 puan (hiç yok) olanların **hedef belirleyebilme** alt boyut becerisi puanları ($\bar{x}$=28,960), ağrı durumu 1-3 arası puan (hafif) olanların **hedef belirleyebilme** becerisi alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=20,667) yüksek tespit edildi (t=4,785; p=0<0,05) (Tablo 4.5.1). Ağrı durumu 0 (hiç yok) olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=81,443), ağrı durumu 1-3 arası (hafif) puan olanların

kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından (x̄=63,136) yüksek olarak saptandı (t=4,599; p=0<0.,5) (Tablo 4.5.1).

Bireylerin dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların **özfarkındalık** alt boyut puanları (x̄=22,736), dispne durumu 1-3 arası puan (hafif) olanların **özfarkındalık** alt boyut puanlarından (x̄=18,964) yüksek tespit edildi (t=2,881; p=0.004<0.05) (Tablo 4.5.1). Dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanları (x̄=28,022), dispne durumu 1-3 arası (hafif) puan olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanlarından (x̄=25,295) yüksek olduğu saptandı (t=2,443; p=0.015<0.05) (Tablo 4.5.1). Dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanları (x̄=29,385), dispne durumu 1-3 arası puan (hafif) olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarından (x̄=23,849) yüksek olduğu saptandı (t=3,186; p=0,002<0,05) (Tablo 4.5.1). Dispne durumu 0 puan (dispne yok) olanların kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları (x̄=82,451), dispne durumu 1-3 arası (hafif) puan olanların kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanlarından (x̄=70,115) yüksek olduğu saptandı (t=3,098; p=0.002<0,05) (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.5.2. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Cinsiyet		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Kadın	92	18,794±9,001	25,696±8,133	23,783±12,406	70,272±27,879
Erkek	138	21,565±10,281	26,826±8,517	27,544±13,442	78,145±31,160
t=		**-2,103**	**-1,004**	**-2,143**	**-1,957**
p=		**0,037**	**0,316**	**0,033**	**0,052**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Araştırmaya katılan kadınların **özfarkındalık** alt boyut puanları (x̄=18,794), erkeklerin özfarkındalık puanlarından (x̄=21,565) düşük olduğu saptandı (t=-2,103; p=0,037<0.05) (Tablo 4.5.2). Kadınların **hedef belirleyebilme** beceri puanları (x̄=23,783), erkeklerin **hedef belirleyebilme** beceri puan düzeylerinden (x̄=27,544) düşük olarak saptandı (t=-2,143; p=0,033<0,05) (Tablo 4.5.2). Hastaların **hedefe ulaşabilme** yeteneği, kalp yetersizliği

güçlendirme ölçeği toplam puanları cinsiyete göre anlamlı olarak bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.2).

Tablo 4.5.3. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Yaş		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
60 Ve Altı	60	23,933±9,191	27,850±8,145	30,650±12,484	84,933±28,865
61-70	80	21,625±10,175	28,338±7,402	27,938±13,161	80,213±29,132
70 Üzeri	90	17,100±9,036	23,644±8,661	21,278±12,112	63,733±28,334
F=		**10,270**	**8,443**	**11,384**	**11,805**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PostHoc=		**1>3, 2>3 (p<0.05)**	**1>3, 2>3 (p<0.05)**	**1>3, 2>3 (p<0.05)**	**1>3, 2>3 (p<0.05)**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi, **PostHoc:** Post-Hoc analizi: (Scheffe testi)

Araştırmaya katılan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puan düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=10,270; p=0<0,05). Bu farkın sebebi yaşı 60 ve altı olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puanlarının yaşı 70 ve üzeri olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0.,5). Yaşı 61 ile 70 arası olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puanlarının yaşı 70 ve üzeri olan bireylerin özfarkındalık puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.5.3)

Bireylerin **hedefe ulaşabilme** yeteneği alt boyut puan düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=8,443; p=0<0,05). Bu farkın sebebi yaşı 60 ve altı olanların **hedefe ulaşabilme** yeteneği puanlarının yaşı 70 ve üzeri olan bireylerin **hedefe ulaşabilme** yeteneği puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Yaşı 61 ve 70 arası olan bireylerin **hedefe ulaşabilme** yeteneği puanlarının yaşı 70 ve üzeri olan bireylerin **hedefe ulaşabilme** yeteneği puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,5) (Tablo 4.5.3).

Hastaların **hedef belirleyebilme** becerisi puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=11,384; p=0<0,05). Bu farkın sebebi yaşı 60 ve altı olanların **hedef belirleyebilme** becerisi puanlarının yaşı 70 üzeri olan bireylerin **hedef belirleyebilme** becerisi puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Yaşı 61-70 arası olanların **hedef belirleyebilme** becerisi puanlarının yaşı 70 veüzeri olan bireylerin **hedef belirleyebilme** becerisi puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.5.3).

Hastaların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=11,805; p=0<0,05). Bu farkın sebebi yaşı 60 ve altı olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının yaşı 70 ve üzeri olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeylerinin yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Yaşı 61ile 70 arası olan bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının yaşı 70 ve üzeri olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından yüksek olmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.5.3).

Tablo 4.5.4. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
BKİ		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Normal Kilolu Ve Altı	51	20,078±10,770	23,628±9,529	25,471±14,299	71,392±33,998
Fazla Kilolu	70	21,457±9,952	27,643±8,040	26,486±12,574	77,743±29,093
I. Derece Obez	68	20,279±9,893	27,074±7,821	26,574±13,494	75,956±30,204
II. Derece Obez	21	20,286±10,100	26,571±8,286	26,524±13,757	75,429±30,365
Morbid Obez	20	18,700±6,899	26,350±7,343	23,600±10,879	70,850±22,728
F=		**0,360**	**1,929**	**0,248**	**0,438**
p=		**0,837**	**0,106**	**0,910**	**0,781**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi

Bireylerin **özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi alt boyutları** ve **kalp yetersizliği güçlendirme** ölçeği toplam puanları BKİ değişkenine göre anlamlı olarak bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.4).

Tablo 4.5.5. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Sigara Kullanım Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	35	21,714±8,730	26,371±8,454	28,286±12,697	78,657±27,461
Hayır	195	20,231±10,057	26,374±8,372	25,636±13,209	74,339±30,543
t=		0,819	-0,002	1,099	0,781
p=		0,414	0,998	0,273	0,435
Alkol Kullanım Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	15	19,667±9,604	22,067±8,795	25,267±13,972	69,000±30,414
Hayır	215	20,512±9,900	26,674±8,273	26,093±13,113	75,414±30,082
t=		-0,320	-2,077	-0,235	-0,798
p=		0,749	**0,039**	0,814	0,426

Ort±SS: Ortalama standard sapma,**:** Bağımsız gruplar t testi

Bireylerin sigara kullanım durumu incelendiğinde, bireylerin **özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyutları ve kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları sigara kullanım durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0,05) (Tablo 4.45.5). Alkol kullanım durumu incelendiğinde alkol kullananların **hedefe ulaşabilme** yeteneği puanları ($\bar{x}$=22,067), alkol kullanmayanların **hedefe ulaşabilme** yeteneği puanlarından ($\bar{x}$=26,674) düşük olduğu saptandı (t=-2,077; p=0,039<0,05) (Tablo 4.5.5). Hastaların **özfarkındalık, hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyutları ve kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları alkol kullanım durumuna göre anlamlı olarak farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.5).

Tablo 4.5.6. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Eğitim Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
İlkokul ve Altı	181	18,265±8,716	25,160±8,151	22,906±11,999	68,188±27,175
Ortaokul ve Üzeri	49	28,551±9,708	30,857±7,659	37,612±10,494	100,143±26,953
t=		**-7,149**	**-4,394**	**-7,806**	**-7,314**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Bireylerin eğitim durumu incelendiğinde, eğitim durumu ilkokul ve altı olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puanları ($\bar{x}$=18,265), eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanların **özfarkındalık** puanlarından ($\bar{x}$=28,551) düşük tespit edildi (t=-7,149; p=0<0,05) (Tablo 4.5.6). Eğitim durumu ilkokul ve altı olanların **hedefe ulaşabilme** yeteneği puanları ($\bar{x}$=25,160), eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanların **hedefe ulaşabilme** yeteneği puanlarından ($\bar{x}$=30,857) düşük tespit edildi (t=-4,394; p=0<0,05) (Tablo 4.5.6). Eğitim durumu ilkokul ve altı olanların **hedef belirleyebilme becerisi** puanları ($\bar{x}$=22,906), ortaokul ve üzeri olanların **hedef belirleyebilme becerisi** puanlarından ($\bar{x}$=37,612) düşük tespit edildi (t=-7,806; p=0<0,05) (Tablo 4.5.6). Eğitim durumu ilkokul ve altı olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=68,188), eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=100,143) düşük tespit edildi (t=-7,314; p=0<0,05) (Tablo 4.5.6).

Tablo 4.5.7. Kalp Yetersizliği'ni Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (Devam) (N=230)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Medeni Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evli	162	21,179±9,750	27,191±7,917	27,228±13,036	77,765±29,355
Bekar	68	18,735±9,989	24,427±9,118	23,206±13,047	68,397±30,964
t=		1,722	2,309	2,135	2,173
p=		0,086	**0,022**	**0,034**	**0,031**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Bireylerin medeni durumu incelendiğinde, evlilerin **hedefe ulaşabilme yeteneği** puanları ($\bar{x}$=27,191), bekarların **hedefe ulaşabilme yeteneği** puanlarından ($\bar{x}$=24,427) yüksek olarak saptandı (t=2,309; p=0,022<0,05) (Tablo 4.5.7). Evlilerin **hedef belirleyebilme becerisi** puanları ($\bar{x}$=27,228), bekarların **hedef belirleyebilme becerisi** puanlarından ($\bar{x}$=23,206) yüksek olarak saptandı (t=2,135; p=0,034<0,05) (Tablo 4.5.7). Evlilerin kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=77,765), bekarların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=68,397) yüksek olarak saptandı (t=2,173; p=0,031<0,05) (Tablo 4.5.7). Hastaların özfarkındalık puanları medeni durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0,05) (Tablo 4.5.7).

Tablo 4.5.8. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (Devam) (N=230)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	17	28,235±9,820	28,588±10,125	36,588±11,689	97,000±31,018
Hayır	213	19,836±9,621	26,197±8,212	25,197±12,906	73,239±29,372
t=		3,459	1,135	3,524	3,197
p=		**0,001**	0,258	**0,001**	**0,002**
Meslek		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Emekli	94	20,479±9,913	25,915±8,477	25,947±13,339	74,319±30,689
Ev Hanımı	88	18,932±9,703	25,864±8,186	23,375±12,371	70,171±28,848
Serbest Meslek	19	25,526±9,052	30,684±7,550	34,053±11,881	93,053±26,888
Diğer	29	21,690±9,882	26,586±8,642	29,172±13,374	80,000±29,974
F=		2,578	1,913	4,290	3,426
p=		**0,055**	0,128	**0,006**	**0,018**
PostHoc=				3>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:**One Way Anova testi, **PostHoc:**Post-Hoc analizi: (Scheffe testi), **t:**Bağımsız gruplar t testi

Bireylerin çalışma durumu incelendiğinde, çalışanların **özfarkındalık** alt boyut puanları ($\bar{x}$=28,235), çalışmayanların **özfarkındalık** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=19,836) yüksek tespit edildi (t=3,459; p=0,001<0,05) (Tablo 4.5.8). Çalışanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanları ($\bar{x}$=36,588), çalışmayanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$=25,197) yüksek tespit edildi (t=3,524; p=0,001<0,05) (Tablo 4.5.8). Çalışanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$=97,000), çalışmayanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$=73,239) yüksek saptandı (t=3,197; p=0,002<0,05) (Tablo 4.5.8). Hastaların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.8).

Bireylerin meslek durumu incelendiğinde hastaların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanları mesleğe göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=4,290; p=0,006<0,05). Bu farkın

sebebi meslek grubu serbest meslek olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının mesleği emekli olan bireylerin **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu serbest meslek olanların **hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu diğer olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların **hedef belirleyebilme becerisi** puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.5.8). Hastaların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları meslek değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($F=3,426$; $p=0.018<0.05$). Bu farkın sebebi meslek grubu serbest meslek olan bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının meslek emekli olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Meslek grubu serbest meslek olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının meslek grubu ev hanımı olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.5.8). Hastaların **özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanları meslek değişkenine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.5.8).

Tablo 4.5.9. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Gelir Düzeyi Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Günlük İhtiyaçlar İçin Rahat Para Harcıyorum	46	25,457±10,301	30,565±7,839	33,870±12,498	92,652±29,308
Günlük İhtitiyaçlarını Karşılayabiliyorum	127	20,260±9,483	26,252±7,257	25,984±12,792	74,567±27,906
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	41	16,171±9,025	21,756±9,723	19,098±11,460	58,659±29,441
Zorunlu İhtiyaçlarını Bile Zor Karşılıyorum	16	18,625±7,966	27,125±8,763	21,750±10,162	69,500±25,742
F=		**7,274**	**8,899**	**11,132**	**10,711**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PostHoc=		**1>2, 1>3, 2>3, 1>4 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3, 1>4 (p<0.05)**	**1>2, 1>3, 2>3, 1>4 (p<0.05)**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi, **PostHoc:** Post-Hoc analizi: (Scheffe testi)

Bireylerin gelir durumu düzeyleri incelendiğinde, hastaların **özfarkındalık** alt boyut puanları gelir düzeyi durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (F=7,274; p=0<0,05). Bu farkın sebebi gelir düzeyi durumu günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan breylerin **özfarkındalık** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puan düeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi durumu günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır

(p<0.05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **özfarkındalık** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olan bireylerin **özfarkındalık** puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.5.9).

Bireylerin **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanları gelir düzeyi durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (F=8,899; p=0<0,05). Bu farkın sebebi gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedefe ulaşabilme** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.5.9).

Bireylerin **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=11,132; p=0<0,05). Bu farkın sebebi gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0.05). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının gelir düzeyi, sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** puan düzeyinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). Gelir düzeyi, günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının

gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.5.9).

Bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyleri gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($F=10,711$; $p=0<0,05$). Bu farkın sebebi gelir durumu, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır ($p<0,05$). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Gelir düzeyi durumu günlük ihtitiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının gelir düzeyi durumu sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır ($p<0,05$). Gelir düzeyi, günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının gelir düzeyi durumu zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.5.9).

Tablo 4.5.10. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Sağlık Güvencesi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	209	20,751±10,042	26,373±8,449	26,526±13,301	75,809±30,569
Yok	21	17,524±7,427	26,381±7,684	21,191±10,491	66,905±23,761
t=		1,433	-0,004	1,782	1,295
p=		0,078	0,997	0,076	0,197

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Hastaların özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi, kalp yetersizliğini güçlendirme ölçeği toplam puanları sağlık güvencesine göre anlamlı farklılık olarak farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.10).

Tablo 4.5.11. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Kronik Rahatsızlık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	189	19,799±9,640	26,439±8,215	24,873±12,434	73,122±29,081
Hayır	41	23,488±10,426	26,073±9,131	31,415±15,027	83,634±33,340
t=		-2,189	0,253	-2,937	-2,043
p=		**0,030**	0,800	**0,012**	**0,042**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Bireylerin kronik hastalık varlığı durumları incelendiğinde, kronik rahatsızlığı olanların özfarkındalık puanları ($\bar{x}$=19,799), kronik rahatsızlığı olmayanların **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinden ($\bar{x}$= 23,488) düşük olduğu tespit edildi (t=-2,189; p=0,03<0,05) (Tablo

4.5.11). Kronik rahatsızlığı olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanları (x̄= 24,873), kronik rahatsızlığı olmayanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarından (x̄ =31,415) düşük olarak tespit edildi (t=-2,937; p=0,012<0,05) (Tablo 4.5.11). Kronik rahatsızlığı olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları (x̄ =73,122), kronik rahatsızlığı olmayanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından (x̄ =83,634) düşük olarak tespit edildi (t=-2,043; p=0,042<0,05) (Tablo 4.5.11). Hastaların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanları kronik rahatsızlık varlığına göre anlamlı olarak farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.11).

Tablo 4.5.12. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Kalp Yetersizliği Tanı Yılı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
6ay İle 1 Yıl Arası	22	19,864±10,035	23,955±9,639	27,955±13,492	73,909±31,663
1-5 Yıl	111	20,676±9,474	26,189±7,778	26,478±12,925	75,469±28,828
6-10 Yıl	68	19,691±10,257	26,912±8,982	24,265±13,972	72,853±32,341
10 Üzeri	29	21,862±10,575	27,655±8,055	27,069±11,826	79,035±29,149
F=		0,374	0,951	0,667	0,305
p=		0,772	0,417	0,573	0,822
Kalp Yetersizliği Hakkında Eğitim Alma Durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	109	22,789±10,262	28,670±7,567	28,551±13,657	82,395±30,795
Hayır	121	18,355±9,026	24,306±8,540	23,777±12,278	68,331±27,900
t=		**3,486**	**4,083**	**2,791**	**3,634**
p=		**0,001**	**0,000**	**0,006**	**0,000**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi, **t:** Bağımsız gruplar t testi

Bireylerin kalp yetersizliği hastalığı tanı konulma yılları incelendiğinde, bireylerin **özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyutları kalp yetersizliğini güçlendirme ölçeği toplam puanları kalp yetersizliği tanı yılına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.12). Hastaların kalp yetersizliği hastalığı hakkında eğitim alma durumları incelendiğinde, kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların **özfarkındalık** alt boyut puanları ($\bar{x}$ =22,789), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların **özfarkındalık** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$ =18,355) yüksek tespit edildi (t=3,486; p=0,001<0,05) (Tablo 4.5.12). Kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanları ($\bar{x}$ =28,670), kalp yetersizliği hastalığı hakkında eğitim almayanların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$ =24,306) yüksek tespit edildi (t=4,083; p=0<0,05) (Tablo 4.5.12). Kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların **hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyut puanları ($\bar{x}$ =28,551), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların **hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarından ($\bar{x}$ =23,777) yüksek olarak saptandı (t=2,791; p=0,006<0,05) (Tablo 4.5.12). Kalp yetersizliği hastalığı hakkında eğitim alanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları ($\bar{x}$ =82,395), kalp yetersizliği hastalığı hakkında eğitim almayanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından ($\bar{x}$ =68,331) yüksek tespit edildi (t=3,634; p=0<0.05) (Tablo 4.5.12).

Tablo 4.5.13. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Son Bir Yıldaki Acil Servise Başvuru Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	14	22,214±8,201	24,714±8,042	27,214±10,237	76,643±25,264
1kez	27	23,519±9,150	27,148±8,324	30,444±11,905	83,741±27,725
2kez	39	20,282±9,886	26,205±8,301	25,180±13,246	73,769±30,184
3 Ve Daha Fazla	150	19,787±10,083	26,433±8,478	25,360±13,507	73,587±30,851
F=		1,255	0,266	1,242	0,905
p=		0,291	0,850	0,295	0,439
Son Bir Yıldaki Hastaneye Yatış Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	14	20,071±8,343	22,857±9,412	28,643±11,277	74,000±28,614
1kez	43	22,442±9,627	27,372±7,718	29,791±13,506	82,047±28,754
2kez	46	20,022±9,198	26,304±7,423	25,326±12,264	73,609±27,794
3 Ve Daha Fazla	127	19,984±10,337	26,449±8,764	24,740±13,369	73,221±31,422
F=		0,712	1,034	1,830	0,972
p=		0,546	0,378	0,142	0,406

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi

Bireylerin son bir yıl içinde acil servise başvurma sayısı incelendiğinde, **özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyutları kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları son bir yıldaki acil servise başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.13).

Bireylerin son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı incelendiğinde, **özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyutları kalp yetersizliğini güçlendirme ölçeği toplam puanları son bir yıldaki hastaneye yatış sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.5.13).

Tablo 4.5.14. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=230) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
NYHA Sınıflandırması		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
I	33	22,970±8,218	25,546±8,725	31,333±12,262	82,424±27,465
II	76	24,684±10,211	28,224±8,133	30,447±12,490	85,961±30,369
III	70	15,857±7,521	24,543±7,970	20,714±11,725	62,571±24,863
IV	51	18,843±10,211	26,667±8,632	23,353±13,257	70,902±31,175
F=		**12,546**	**2,535**	**10,297**	**9,233**
p=		**0,000**	**0,058**	**0,000**	**0,000**
PostHoc=		**1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**		**1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)**	**1>3, 2>3, 2>4 (p<0.05)**

Ort±SS: Ortalama standard sapma, **F:** One Way Anova testi, **PostHoc:** Post-Hoc analizi: (Scheffe testi)

Bireylerin NYHA sınıflandırması incelendiğinde, **özfarkındalık** alt boyut puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (F=12,546; p=0<0,05). Bu farkın sebebi NYHA sınıflandırması I olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinin NYHA sınıflandırması III olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinden yüksek saptanmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması II olan bireylerin **özfarkındalık** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması I olan bireylerin özfarkındalık puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların **özfarkındalık** alt boyut puanlarından yüksek olmasıdır (p<0,05). NYHA sınıflandırması II olanların **özfarkındalık** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması 4 olanların **özfarkındalık** alt boyut puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır (p<0,05) (Tablo 4.5.14).

Bireylerin **hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyut puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=10,297; p=0<0,05). Bu farkın sebebi NYHA sınıflandırması I olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeylerinden; NYHA sınıflandırması III olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeylerinden; NYHA sınıflandırması II olanların **hedefe belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının NYHA

sınıflandırması III olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeylerinden; NYHA sınıflandırması I olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puan düzeyinden;NYHA sınıflandırması II olanların **hedef belirleyebilme becerisi** alt boyut puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların **hedef belirleyebilme becerisi alt boyut** puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.5.14).

Bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($F=9,233$; $p=0<0,05$). Bu farkın sebebi NYHA sınıflandırması I olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının NYHA sınıflandırması III olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyinden, NYHA sınıflandırması II olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyinden, NYHA sınıflandırması III olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyinden, NYHA sınıflandırması II olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarının NYHA sınıflandırması IV olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeylerinden yüksek olarak saptanmasır ($p<0,05$) (Tablo 4.5.14). Hastaların **hedefe ulaşabilme yeteneği** alt boyut puan düzeyleri NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.5.14).

4.6. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi

Bu bölümde Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Kalp Yetersizliğini Güçlendirme ölçeği arasındaki korelasyon analizine ait bulgular "Tablo 4.6'da" açıklandı.

Tablo 4.6. Korelasyon Analizi

		Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama	Sağlık Okuryazarlığı Toplam	Özfarkındalık	Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam
Bilgiye Erişim	R	1,000								
	P	0,000								
Bilgileri Anlama	R	0,713**	1,000							
	P	0,000	0,000							
Değer Biçme	R	0,721**	0,833**	1,000						
	P	0,000	0,000	0,000						
Uygulama	R	0,637**	0,720**	0,819**	1,000					
	P	0,000	0,000	0,000	0,000					
Sağlık Okuryazarlığı Toplam	R	0,844**	0,920**	0,950**	0,871**	1,000				
	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
Özfarkındalık	R	0,753**	0,645**	0,715**	0,697**	0,775**	1,000			
	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	R	0,546**	0,527**	0,634**	0,563**	0,633**	0,736**	1,000		
	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
	R	0,726**	0,677**	0,756**	0,734**	0,801**	0,824**	0,754**	1,000	
Hedef Belirleyebilme Becerisi	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	R	0,746**	0,679**	0,771**	0,735**	0,812**	0,932**	0,876**	0,949**	1,000
Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01

Bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama, sağlık okuryazarlığı toplam puan, özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi, kalp yetersizliği güçlendirme toplam puan arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

- Bilgileri anlama ile bilgiye erişim arasında r=0,713 pozitif (p=0,000<0.05),
- Değer biçme ile bilgiye erişim arasında r=0,721 pozitif (p=0,000<0.05),
- Değer biçme ile bilgileri anlama arasında r=0,833 pozitif (p=0,000<0.05),
- Uygulama ile bilgiye erişim arasında r=0,637 pozitif (p=0,000<0.05),
- Uygulama ile bilgileri anlama arasında r=0,72 pozitif (p=0,000<0.05),
- Uygulama ile değer biçme arasında r=0,819 pozitif (p=0,000<0.05),
- Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ile bilgiye erişim arasında r=0,844 pozitif (p=0,000<0.05),
- Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ile bilgileri anlama arasında r=0,92 pozitif (p=0,000<0.05),
- Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ile değer biçme arasında r=0,95 pozitif (p=0,000<0.05),
- Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ile uygulama arasında r=0.871 pozitif (p=0,000<0.05),
- Özfarkındalık ile bilgiye erişim arasında r=0,753 pozitif (p=0,000<0.05),
- Özfarkındalık ile bilgileri anlama arasında r=0,645 pozitif (p=0,000<0.05),
- Özfarkındalık ile değer biçme arasında r=0,715 pozitif (p=0,000<0.05),
- Özfarkındalık ile uygulama arasında r=0,697 pozitif (p=0,000<0.05),
- Özfarkındalık ile sağlık okuryazarlığı toplam puan arasında r=0,775 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe ulaşabilme yeteneği ile bilgiye erişim arasında r=0,546 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe ulaşabilme yeteneği ile bilgileri anlama arasında r=0,527 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe ulaşabilme yeteneği ile değer biçme arasında r=0,634 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe ulaşabilme yeteneği ile uygulama arasında r=0,563 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe ulaşabilme yeteneği ile sağlık okuryazarlığı toplam arasında r=0.633 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe ulaşabilme yeteneği ile özfarkındalık arasında r=0.736 pozitif (p=0,000<0.05),

- Hedefe belirleyebilme becerisi ile bilgiye erişim arasında r=0.726 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe belirleyebilme becerisi ile bilgileri anlama arasında r=0,677 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe belirleyebilme becerisi ile değer biçme arasında r=0,756 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe belirleyebilme becerisi ile uygulama arasında r=0,734 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe belirleyebilme becerisi ile sağlık okuryazarlığı toplam arasında r=0,801 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe belirleyebilme becerisi ile özfarkındalık arasında r=0,824 pozitif (p=0,000<0.05),
- Hedefe belirleyebilme becerisi ile hedefe ulaşabilme yeteneği arasında r=0,754 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile bilgiye erişim arasında r=0,746 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile bilgileri anlama arasında r=0,679 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile değer biçme arasında r=0,771 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile uygulama arasında r=0,735 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile özfarkındalık arasında r=0,932 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile hedefe ulaşabilme yeteneği arasında r=0,876 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile hedef belirleyebilme becerisi arasında r=0,949 pozitif (p=0,000<0.05),
- Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan ile sağlık okuryazarlığı toplam puan arasında r=0,812 pozitif (p=0,000<0.05) korelasyon tespit edildi (Tablo 4.6).

4.7. Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Araştırmada bireylerin "Sağlık Okuryazarlığı'nın Kalp Yetersizliğini Güçlendirme" becerileri üzerindeki etkisine ait bulgular Tablo 4.7'de açıklandı.

Tablo 4.7. Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	ß	T	P	F	Model (p)	R^2
Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam	Sabit	13,239	4,186	0,000	440,614	0,000	0,658
	Sağlık Okuryazarlığı Toplam	0,866	20,991	0,000			
Kalp Yetersizliği Güçlendirme Toplam	Sabit	15,079	4,752	0,000	126,884	0,000	0,687
	Bilgiye Erişim	1,698	6,812	0,000			
	Bilgileri Anlama	-0,186	-0,754	0,451			
	Değer Biçme	0,986	3,889	0,000			
	Uygulama	1,323	4,063	0,000			
Özfarkındalık	Sabit	2,035	1,841	0,067	106,060	0,000	0,647
	Bilgiye Erişim	0,700	8,056	0,000			
	Bilgileri Anlama	-0,056	-0,647	0,518			
	Değer Biçme	0,183	2,074	0,039			
	Uygulama	0,454	3,999	0,000			
Hedefe Ulaşabilme Yeteneği	Sabit	13,339	11,039	0,000	41,447	0,000	0,414
	Bilgiye Erişim	0,241	2,536	0,012			
	Bilgileri Anlama	-0,086	-0,918	0,360			
	Değer Biçme	0,399	4,136	0,000			
	Uygulama	0,161	1,298	0,195			
Hedefe Belirleyebilme Becerisi	Sabit	-0,117	-0,081	0,935	113,778	0,000	0,663
	Bilgiye Erişim	0,683	6,045	0,000			
	Bilgileri Anlama	-0,017	-0,153	0,879			
	Değer Biçme	0,353	3,072	0,002			
	Uygulama	0,657	4,453	0,000			

Araştırmada bireylerin 'Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerilerinin Üzerine Etkisi' (Tablo 4.7) incelendiğinde;

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları arasında yapılan neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı olarak saptandı (F=440,614; p=0,000<0.05). Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyindeki toplam değişimin %65,8 oranında sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı tarafından açıklanabildiği analiz sonucunda saptandı (R^2=0,658). SOY ölçeği toplam puanı kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyini arttırmaktadır (ß=0,866) (Tablo 4.7)

Bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama ölçek alt boyutları ile kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan arasındaki neden sonuç ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizi anlamlı olarak saptandı (F=126,884; p=0,000<0.05). Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyindeki toplam değişim %68.7 oranında **bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama** alt boyutları tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,687). **Bilgiye erişim** alt boyut puanı kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyini arttırmaktadır (ß=1,698). **Bilgileri anlama** alt boyut puanı kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyini etkilememektedir (p=0.451>0.05). **Değer biçme** alt boyut puanı kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyini arttırmaktadır (ß=0,986). **Uygulama** ölçek alt boyut puanı kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puan düzeyini arttırmaktadır (ß=1,323) (Tablo 4.7).

Kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği alt boyutlarından **bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama** alt boyutları ile **özfarkındalık** alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizi anlamlı olarak saptandı (F=106,060; p=0,000<0.05). **Özfarkındalık** alt boyutu düzeyindeki toplam puan değişimi %64,7 oranında **bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama** alt boyutları tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,647). **Bilgiye erişim** alt boyutu düzeyindeki toplam puan artışı **özfarkındalık** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,700). **Bilgileri anlama** alt boyutu düzeyindeki toplam puan **özfarkındalık** düzeyini etkilememektedir (p=0,518>0,05). **Değer biçme** alt boyutu düzeyindeki toplam puan **özfarkındalık** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,183). **Uygulama** alt boyutu düzeyindeki toplam puan **özfarkındalık** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,454) (Tablo 4.7).

Bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama ölçek alt boyutları ile **hedefe ulaşabilme yeteneği** arasındaki neden sonuç ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizi anlamlı olarak saptandı (F=41,447; p=0,000<0.05). **Hedefe ulaşabilme yeteneği** düzeyindeki toplam değişim %41.4 oranında **bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama** alt boyutları tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,414). **Bilgiye erişim** alt boyut puan düzeyindeki artış **hedefe ulaşabilme yeteneği** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,241). **Bilgileri anlama** alt boyut puan düzeyindeki değişim **hedefe ulaşabilme yeteneği** düzeyini etkilememektedir (p=0.360>0.05). **Değer biçme** alt boyut puan düzeyindeki artış **hedefe ulaşabilme yeteneği** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,399). **Uygulama** alt boyut puan düzeyindeki değişim **hedefe ulaşabilme yeteneği** düzeyini etkilememektedir (p=0.195>0.05) (Tablo 4.7).

Bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama ölçek alt boyutları ile **hedef belirleyebilme becerisi** arasındaki neden sonuç ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizi anlamlı olarak saptandı (F=113,778; p=0,000<0.05). **Hedef belirleyebilme beceri** düzeyindeki toplam değişim %66.3 oranında **bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama** ölçek alt boyutları tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,663). **Bilgiye erişim** alt boyut puan düzeyindeki artış **hedef belirleyebilme beceri** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,683). **Bilgileri anlama** alt boyut puan düzeyindeki değişim **hedef belirleyebilme beceri** düzeyini etkilememektedir (p=0.879>0.05). **Değer biçme** alt boyut puan düzeyindeki artış **hedef belirleyebilme beceri** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,353). **Uygulama** alt boyut puan düzeyindeki artış **hedef belirleyebilme becerisi** düzeyini arttırmaktadır (ß=0,657) (Tablo 4.7).

5. TARTIŞMA

Kalp yetersizliği olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyine göre hastalığı yönetme becerisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma bulguları aşağıdaki gibi gruplandırılarak literatür ile karşılaştırılarak tartışıldı.

5.1.Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.Bireylerin Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerileri Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Tartışılması

5.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kalp yetersizliği hastalığı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığı giderek artmaktadır. Önümüzdeki 15-20 yıl içerisinde toplum sağlığını tehdit eden boyutlara ulaşacağı öngörülmektedir. Kalp yetersizliğinin giderek artan sıklıkta görülmesinin önemli nedenleri: yaşam süresinin uzaması ve kalp damar hastalıklarının daha iyi tedavi edilmesi olarak belirtilmektedir (Çelik ve ark., 2019; Groenewegen et al., 2020). Kalp yetersizliğinin önemli bir çok kanserden daha mortal seyretmesinden, insidansının ve prevelansının yüksek olmasından ötürü daha iyi kavranması gereken tedavisi uzun olan zorlu bir hastalık sürecidir. Nüfusun yaşlanması ile birlikte KY prevelansı giderek artmaktadır (Bueno et al., 2010; Çelik ve ark., 2019). Kalp yetersizliği hastalığı yaş ile birlikte görülme sıklığı artan bir hastalıktır (Groenewegen et al., 2020; Ponikowski et al., 2016). HAPPY çalışmasında artan yaş KY hastalığı sebeplerinden biri olarak bildirilmiştir (Değertekin ve ark., 2012). Komajda ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bireylerin ortalama yaşları 63.1±12.5 olarak saptanmıştır (Komajda et al., 2016). Lainscak ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada KY olan bireylerin yaş ortalaması 66 olarak saptanmıştır (Lainscak et al., 2020). Bu çalışmada da bireylerin yaş ortalaması 66,357±11,438 olarak saptandı ve literatür ile benzerlik tespit edildi (Tablo 4.1.1.1).

Kalp yetersizliği hastalığının erkeklerde görülme oranı kadınlarda görülme oranından daha yüksektir. Kalp yetersizliği hastalığı ESC klavuzuna göre kadınlarda görülme riski %28 iken erkeklerde %33 olarak belirtilmiştir (Ponikowski et al., 2016; Yancy Clyde W. et al., 2013). Komajda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmanın %74'ünü erkek cinsiyet oluşturmaktadır (Komajda et al., 2016). Chioncel ve arkadaşlarının yapmış olduğu prospektif gözlemsel araştırmaya katılan bireylerin %63'ünü erkekler oluşturmuştur (Chioncel et al., 2017). "ESC HF-LT Registry [European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (Avrupa Kardiyoloji Derneği Uzun Vadeli Kalp Yetersizliği Kayıt)], akut ve kronik kalp yetmezliği olan hastaların prospektif, çok merkezli, çok uluslu, gözlemsel bir veri tabanıdır". Laincak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2011-2016 yılları arasında ESC HF-LT Registry sistemine kayıtlı olan 9428 tane KY hastasını incelemiş ve % 71,5'inin erkek olduğunu belirtmiştir. (Lainscak et al., 2020). Bu çalışmaya katılan bireylerin ise %60'ını erkek cinsiyet oluşturdu ve literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.1).

Kalp yetersizliği hastalığında bireylerin beslenme şeklinde değişiklik ve daha fazla özen gösterilmesinin istenilmesi kaçınılmazdır. Hastalığa bağlı doku perfüzyonunda bozulma ve kullanılan ilaçlar sonucunda besinlerin emiliminde bozulma, sıvı tutulumu gerçekleşebilir. Bu sebepten dolayı KY olan bireylerden kilo takibine özellikle dikkat edilmesi istenir dolayısıyla BKİ kalp yetersizliği olan bireylerde daha fazla önem arz eder (Butler et al., 2014; Çelik ve ark., 2019; Enç, 2017). Mebazaa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada BKİ 29,7 ± 5,3 kg/m ^{2} olarak belirlenmiştir (Mebazaa et al., 2018). Laincak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2011-2016 yılları arasında ESC HF-LT Registry sistemine kayıtlı olan 9428 tane KY hastasını incelemiş ve araştırmaya alınan bireylerin BKİ ortalamasını 28,1 ± 5,1 kg/m ^{2} olarak belirtmiştir (Lainscak et al., 2020). Bu çalışmada ise araştırmaya katılan bireylerin BKİ ortalaması 30,386±7,445 olarak saptandı ve araştırmanın literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.1).

Sigara ve alkol kullanmak KY hastalığı için risk faktörü oluşturur. Sigaranın içinde bulunan nikotin, vazokonstrüktör aynı zamanda proinflamatuvar aktivitesi olan bir maddedir. Alkol ise negatif inotropik etkiye sahip olup kan basıncı artışına, aritmiye neden olabilir bunun için sınırlandırılmalıdır (Sezgin & Mert, 2015). 2012 yılı ESC Klavuuna göre "Ilımlı alkol tüketimi: alkole bağlı kardiyomiyopatisi olanlarda alkolün tamamen esilmesi önerilir. Diğer durumlarda normal alkol kılavuzları geçerlidir (erkeklerde günlük 2 ünite veya kadınlarda günlük 1 ünite).

1 ünite alkol 10 ml saf alkola denk gelir (yani bir bardak şarap, ½ büyük bira bardağı, 1 ölçü ispirto)" (McMurray et al., 2012). Yalınkılıç ve arakadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %8,6'sının sigara kullandığı belirtilmiştir (Yalınkılıç ve ark., 2020). Boğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin %8'inin sigara kullandığı, %4'ünün ise alkol kullandığı saptanmıştır (Boğan & Korkmaz, 2020). Bayrak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %8,6'sının sigara kullandığı, %4'ünün ise alkol kullandığı saptanmıştır (Bayrak ve ark., 2019). Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %15,2'sinin sigara kullandığı, %6,5'inin ise alkol kullandığı saptandı ve çalışmanın literatür ile uyumlu olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.1.1).

Araştırmaya katılan bireylerin %78,7'sinin okuryazar ve ilkokul mezunu olduğu, %21,3'ünün ise ortaokul mezunu ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edildi. Değertekin ve arkadaşlarının yaptığı HAPPY çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin %57,2'sinin ilkokul, %10.4'ünün sadece okuryazar ve %8,2'sinin de lise mezunu olduğu saptanmıştır (Değertekin ve ark., 2012). Yalınkılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %86,8'inin ilkokul mezunu ve okuryazar eğitim seviyesine sahip olduğu, %13,3'ünün ortaokul mezunu ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır (Yalınkılıç ve ark, 2020. Bu çalışmaya katılan bireylerin literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.2).

Araştırmaya katılan bireyler medeni durumu göre %70,4'ü evli, %29,6'sı bekar olarak dağılmaktadır. Yalınkılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %69,5'inin evli olduğu belirtilmiştir (Yalınkılıç ve ark., 2020). Bayrak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %84,8'inin evli olduğu belirtilmiştir. Gök Metin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %70'inin evli olduğu saptanmıştır (Gök Metin ve ark., 2019). Bu çalışmaya katılan bireylerin literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.2).

Kalp yetersizliği hastalığı, hastalığın şiddetine göre ortaya çıkan belirti ve bulgulara bağlı olarak bireylerin fiziksel aktivitelerini sınırlandırabilmektedir. Hem KY ciddiyetindeki artış (NYHA Sınıf III ve IV) hem de tedavinin beraberinde getirdiği farklı etkiler; yaşam kalitesinde düşüşe, fiziksel aktiviteleri yerine getirememe sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu durum bireylerin çalışamama durumlarını ortaya çıkarabilmektedir (Türen & Enç, 2019). Bu çalışmada araştırmaya katılan bireyler çalışma durumuna göre %96,2'sinin çalışmadığı,

%7,4'ünün çalıştığı saptanmıştır. Gök Metin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %91.4'ünün çalışmadığı, %8,6'sının ise çalıştığı belirtilmiştir (Gök Metin ve ark., 2019). Doğu Kökçü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bireylerin %92,8'sinin çalışmadığı saptanmıştır (Doğu Kökcü & Tiryaki, 2020). Bu çalışmaya katılan bireylerin literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.2).

Araştırmaya katılan bireyler meslek gruplarına göre %40,9'u emekli, %38,3'ü ev hanımı, 9'u %3,9'u işsiz, %8,3'ü serbest meslek olarak dağılmaktadır. Boğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %40'ı ev hanımı, %44'ü emekli, %9'u serbest meslek olarak saptanmıştır (Boğan & Korkmaz, 2020). Bayrak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre %40'ının emekli, %13'ünün ev hanımı, %34,4'ünün serbest meslek olarak saptanmıştır (Bayrak ve ark., 2019). Bu çalışmaya katılan bireylerin meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.2).

Araştırmaya katılan bireylerin gelir düzeyi durumu göre %20'sinin günlük ihtiyaçlar için rahat para harcadığı, %55,2'sinin günlük ihtiyaçlarını karşılayabildiği, %17,8'inin sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabildiği, %7'sinin zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşıladığı saptanmıştır. Sayın Kasar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %66,7'sinin gelir gidere denk olduğu, %3.5'inin gelirin giderden fazla olduğu, %29,8'inin gelir giderden az olduğu saptanmıştır (Sayın Kasar & Erzincanlı, 2021). Gök Metin ve arkadaşının yaptığı çalışmada %23'ünün gelir giderden az, %74'ünün gelir gidere denk olduğu, %3'ünün gelir giderden fazla olarak dağıldığı saptanmıştır (Gök Metin ve ark., 2019). Bu çalışmaya katılan bireylerin gelir durumu dağılımına göre literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.3).

Araştırmaya katılan bireyler sağlık güvencesine göre %90,9'unun var, %9,1'inin yok olarak dağıldığı tespit edildi. Yalınkılıç ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sağlık güvencesi 94'ünün var %6'sının yok olarak dağıldığı belirlenmiştir (Yalınkılıç ve ark., 2020). Boğan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sağlık güvencesi %100 oranda var olduğu saptanmıştır (Boğan & Korkmaz, 2020). Bu çalışmaya katılan bireylerin sağlık güvencesi varlığı açısından literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.3).

Literatür incelendiğinde kalp yetersizliği olan bireylerin dispne, ağrı ve yorgunluk gibi kalp yetersizliğine yönelik semptomlarının görüldüğü belirtilmektedir (Çelik ve ark., 2019; Enç,

2017; Sezgin & Mert, 2015; Türen & Enç, 2019). Ağrı ve dispne kalp yetersizliği olan bireylerde günlük yaşam aktivitelerini önemli derecede etkiler ve bireylerin aktivitelerini kısıtlar. Bunun için ağrı ve dispne yönetimi kalp yetersizliği hastalığı için bireyler için oldukça önemlidir. Ağca'nın kalp yetersizliği olan bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada %65'inde ağrı olmadığı, %33,9'unda hafif ağrı olduğu tespit edilmiş (Ağca, 2021). Bu çalışmada ise araştırmaya alınan bireylerin %64,8'inde ağrı olmadığı, %35,2'sinde hafif düzeyde ağrı olduğu saptandı (Tablo 4.1.2). Bu araştırmada ağrı düzeyi, dispnesi orta ya da şiddetli olan bireyler araştırma sorularına etkili cevap veremeyeceği için dışlanmıştır. Ağca'nın yapmış olduğu çalışmada %42,1'inde dispne olmadığı, %24,8'inde çok hafif, %17,7'sinde hafif, &15,4'ünde orta düzeyde dispne durumu olduğu saptanmış (Ağca, 2021). Bu çalışmada ise %39,6'sının dispnesi olmadığı, %60,4'ünde ise hafif dispne tespit edildi (Tablo 4.1.2). Bu çalışma ağrı ve dispne açısından literatür ile karşılaştırıldığında uyum sağladığı tespit edildi.

Kalp yetersizliğinin oluşumunda koroner arter hastalığı (miyokardiyal infarktüs, iskemi) en sık görülen miyokard hastalığının sebebidir ve KY olan bireylerin hastaların %70'inde başlatıcı nedendir. Aile hikayesi, sigara içme, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, solunum yolu rahatsızlıkları gibi kronik hastalıklar önemli risk faktörleridir (Enç, 2017; Türen & Enç, 2019). Sarı ve arkadaşları çalışmasında kalp yetersizliğine eşlik eden hastalıklar olarak: anjina ve koroner arter hastalıkları, aritmiler, diyabet, hipertansiyon, akciğer hastalıkları (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı), böbrek fonksiyon bozukluğu (kronik böbrek rahatsızlığı, akut böbrek hasarları, kardiyorenal sendrom ve prostat obstrüksiyonu), obezite, kalp kapak hastalıklarını belirtmiştir (Sarı ve ark., 2016). Bu çalışmada ise çalışmaya katılan bireylerin %82,2'sinde kronik hastalık varlığı saptanmıştır. Bireylerin %64'ünde diyabet, %72'sinde hipertansiyon, %21,7'sinde KOAH, %14,8'inde astım, %4,8'inde guatr, %19'unda kronik böbrek rahatsızlığı, %3,2'sinde troid, %21,7'sinde diğer kronik hastalıklar olduğu saptandı (Tablo 4.1.3). Komajda ve arkadaşları, kalp yetersizliği olan 7092 bireye yaptığı çalışmada %64,6'sında hipertansiyon, %34,3'ünde diyabet, 17,8'inde kronik böbrek rahatsızlığı, %14,1'inde astım ve KOAH kronik hastalığı olan birey olduğunu saptamıştır (Komajda et al., 2016). Oktay'ın yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %36 diyabet, %55 hipertansiyon, %22'sinde kronik böbrek hastalığı tespit edilmiştir (Oktay, 2019). Değertekin ve arkadaşlarının yapmış olduğu HAPPY çalışmasın araştırmaya dahil edilen bireylerin % 11'inde diyabet, %47,1'inde hipertansiyon, %8,1'inde kronik böbrek rahatsızlığı saptanmıştır (Değertekin ve ark., 2012). Bayrak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya katılan

bireylerin %70'inde kronik hastalık varlığı tespit edilmiş ve bu bireylerin: %57,6'sında hipertansiyon, %39'unda diyabet, %6,2'sinde kronik böbrek rahatsızlığı, %4,8'inde astım, %3,3'ünde KOAH saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık varlığı ve dağılımına göre literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.3).

Kalp yetersizliği fiziksel, duygusal birçok semptomun eşlik ettiği ömür boyu belirti ve bulguların kontrolü, diyet, egzersize uyum gibi hastalık yönetimini gerektiren, ölüm ve tekrarlı hastaneye yatış oranı yüksek kronik bir hastalıktır (Alkan & Nural, 2017). Literatür incelendiğinde kalp yetersizliğinin uzun süre bakım gerektiren bir hastalık olduğu bildirilmektedir (McMurray et al., 2012; Ponikowski et al., 2016; Türen & Enç, 2019; Yancy Clyde W. et al., 2013). Bu çalışmada araştırmaya katılan bireyler kalp yetersizliği tanı yıllarına göre %9,6'sının 6 ay ile 1 yıl arası, %48,3'ünün 1ile 5 yıl arası, %29,6'sında 6 ile 10 yıl arası, %12,6'sında 10 yıl ve üzeri olarak dağıldığı saptandı (Tablo 4.1.4). Gök Metin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise bireylerin KY tanı konulma süresi ortalama 5,93 ±4,61 yıl olarak saptanmıştır (Gök Metin ve ark., 2019). Ağca'nın yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %14,2'si 6 aylık tanı süresine sahip, %6,7'sinin 1 yıldır tanı yılına sahip olduğu, %3,9'unun 2 yıldır tanı yılına sahip olduğu, %75,2'sinin ise 2 yıl ve daha fazla süredir kalp yetersizliği tanı yılına sahip olduğu belirtilmiştir (Ağca, 2021). Karaca ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada araştırmaya dahil edilen bireylerin KY tanısı olma süre ortalaması 98,74±64,82 ay olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise çalışmaya katılan bireylerin KY tanı yıllarına göre literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.4).

NYHA sınıflandırması, kalp yetersizliğinin şiddetini ölçmek için hızlı, pratik ve uygulanabilen bir sınıflandırma şeklidir. NYHA fonksiyonel sınıflaması ESC 2012 kılavuzunda "Neredeyse tüm randomize kontrollü tedavi çalışmalarında hasta seçimi için kullanılmıştır ve bu yüzden etkin tedavilerden fayda gören hastaları tanımlamak için de kullanılır. NYHA sınıf-I hastaların kalp hastalığına bağlı belirtileri yoktur; NYHA sınıf II, III, IV hastaların ise -bazen söylendiği şekilde- sırasıyla hafif, orta ve ciddi belirtileri vardır." şeklinde ifade edilmiştir (McMurray et al., 2012). Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin NYHA sınıflandırmasına göre %14,3'ü sınıf- I, %33'ü sınıf II, %30,4'ü III, %22,2'si sınıf IV olarak dağıldığı saptanmıştır (Tablo 4.1.5). Kapelios ve arkadaşlarının yapmış olduğu Mart 2011 ile Kasım 2016 yılları arasında prospektif, gözlemsel çalışmada ESC-HF-LT Registry ve EURObservational Research Programme (ESC-EORP) sistemine kayıtlı 2175 kalp yetersizliği hastası incelenmiş ve bu

hastaları %82'sinin NYHA sınıf I ile II, %18'inin NYHA sınıf III ile IV olduğu saptanmıştır (Kapelios et al., 2020). Karaca ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada araştırmaya dahil edilen bireylerin %41,6'sının KY fonksiyonel sınıflandırmasına göre NYHA III grubunda olduğu saptanmıştır (Karaca & Mert, 2011). Bu çalışmada ise çalışmaya katılan bireylerin kalp yetersizliği NYHA sınıf düzeylerine göre literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.5).

Kalp yetersizliği olan bireylerin eğitim alması hastalığın, mortalite oranı ile morbidite oranının azalması için hastaların yaşam şekillerinde gerekli değişikler yapmalarını sağlar. Kalp yetersizliği olan bireylere verilen eğitimlerle yaşam kalitesi ile fonksiyonel kapasitelerinde belirgin olarak düzeldiği görülmüştür (Kızıl, 2008). Hastalar kalp yetmezliği hakkında eğitim alma durumu göre %47,4'ü evet, %52,6'sı hayır olarak dağıldığı tespit edildi. Kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların eğitimlerinin alma şekilleri: %89,9'unun hekimden eğitim alma durumunu evet %10.1'inin hayır olarak ifade ettiği; %62,4'ü hemşireden eğitim alma durumunu evet, %37,6 hayır olarak ifade ettiği; %29,4'ünün arkadaş ve tanıdıklardan eğitim alma durumunu evet %70,6'sının hayır olarak ifade ettiği; %19,3'ünün internet radyo ve televizyon eğitim alma durumunu %19,3'ü evet, %80,7'si hayır olarak ifade ettiği; 16,5'inin kitap broşürden eğitim alma durumuna evet, %83,5'inin hayır olarak ifade ettiği; %6,4'ünün dergi ve makalelerden eğitim alma durumunu evet, %93,6'sının hayır olarak ifade ettiği, %7,3'ünün ise eğitim alma durumunu diğer eğitim yöntemlerini kullandığını, %92,7'si ise başka şekilde bir eğitim almadığını ifade etti (Tablo 4.1.6). Hastalara verilen eğitim konusunda ve eğitimi kimden aldığı konusunda literatürde yapılmış bir çalışma tespit edilemediğinden hastaların eğitim almaları hakkında literatür karşılaştırılarak tartışılamadı (Tablo 4.1.6).

Kap yetersizliği tanısı olan bireylerin tavsiye edilen tedavi programlarına uyum sağlayamaması semptomların şiddetinin artmasına, bireylerin acil servise başvurmasına neden olan tekrarlı ve hastaneye yatış oranı yüksek kronik bir hastalıktır (Alkan & Nural, 2017). Literatür incelendiğinde KY hastalığının hastaneye ve acil servise başvurma sayısının ciddi derecede yüksek olduğu göze çarpmaktadır (Çelik ve ark., 2019; Karaca & Mert, 2011; Van Voorst & Arnold, 2020). Karaca ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada araştırmaya dahil edilen bireylerin hastalığın şiddetine göre hastaneye tekrar yatma sıklığı incelenmiş tanı konulma süresinin hastaneye iki kez yatanlarda 47.20±37.01, üç kez yatanlarda 70,11±46,98 ve dört kez ve üzeri yatan bireylerde ise 136,93±59,24 ay olarak saptanmıştır. Tanı süresine göre hastaneye

tekrar yatma sıklığı arasındaki anlamlı fark saptanmış. Anlamlı farkın ise hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey testi) bu farkın dört kez ve üzeri hastane yatışı olan gruptan kaynaklandığı ve bu grubun hastaneye yatışlarının daha fazla olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır (Karaca & Mert, 2011). Boğan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre son bir yılda 1-2 kez hastaneye yatış oranı %52, 3-4 kez yatış oranı %31, 5 ve üzeri yatış oranı ise % 17 olarak saptanmıştır (Boğan & Korkmaz, 2020). Bu çalışmada ise hastalar son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı göre %6,1'i hiç, %18,7'si 1 kez, 46'sı %20, 2 kez, %55,2'si 3 ve daha fazla olarak dağıldığı saptandı. Bu çalışma tekrarlayan hastane yatışlarına göre literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.7).

5.2. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kalp yetersizliği, yüksek mortalite ve morbidite düzeyine sahip kronik bir hastalıktır. KY hastalığına bağlı ortaya çıkan semptomların yönetiminde hastane içerisinde sağlık personellerine düşen görev kadar hastanında hastanede ve hastane dışında hastalığının bakım ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bireyin bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir. Bireyler ihtiyaç duyduğu bilgi ve becerileri etkili bir şekilde yerine getirebilmek için etkili sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları gerekmektedir. Kalp yetersizliği olan bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip akut ve kronik kalp yetersizliği olan bireyler ihtiyaç duydukları öz bakımı karşılayamadıkları için mortalite oranının arttığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin bilgiler kullanıldı. Tartışmanın bu bölümünde araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine ait veriler incelendi.

Literatür incelendiğinde 2021 yılında Aktaş'ın yapmış olduğu çalışmada SOYÖ "Bilgiye Erişim" alt boyut puan ortalaması 20,85±3,7, "Bilgileri Anlama" alt boyut puan ortalaması 28,49±5,34, "Değer Biçme/Değerlendirme" alt boyutu puan ortalaması 32,59±5,95, "Uygulama/Kullanma" alt boyut puan ortalaması 20.27±3.68, "Sağlık Okur-Yazarlık Ölçeği" toplam puan ortalaması 102,19±15,98 olarak saptanmış. Aktaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek ve yeterli olduğu saptanmıştır (Aktaş ve ark., 2021). Yüce'nin yapmış olduğu çalışmada hastaların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlık hakkındaki bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla 22,50±11,45, 24,81±10,80, 25,16±9,07, 27,19±9,75 olarak saptanmış. Araştırmada bireylerin toplam ölçek puanına göre

%50'si yetersiz, %32,5'i sorunlu/sınırlı, %13,3'ünün yeterli ve %4,2'sinin ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiş. (Yüce, 2021). Bu çalışmada ise araştırmaya katılan bireylerin "Blgiye Erişim" alt boyut ortalaması 11,883±6,750, "Bilgileri Anlama" alt boyut ortalaması 20,478±8,548, "Değer Biçme/Değerlendirme," alt boyut ortalaması 23,774±9,904, "Uygulama/Kullanma" alt boyut ortalaması 15,200±6,008, "Sağlık Okur Yazarlık Ölçeği" toplam puan ortalaması 71,335±28,204 olduğu saptandı (Tablo 4.2). Araştırmaya katılan kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri veri sonuçlarına göre düşük olduğu tespit edildi. Bu çalışma veri sonuçlarına göre Aktaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonucu ile uyum sağlamamaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre SOYÖ ve ölçek toplam puan karşılaştırıldığında kadınların SOYÖ "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme" alt boyut puanları erkeklerinkinden düşük tespit edildi (Tablo 4.4.2). Hastaların uygulama alt boyut puanlarının cinsiyete göre anlamlı olarak farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.4.2). Kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları, erkeklerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından düşük tespit edildi ($p=0,002<0,05$) (Tablo 4.4.2). Aktaş'ın yapmış olduğu çalışmada erkek cinsiyetin bilgileri anlama alt boyut puanları, kadınlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0.044$). Erkekler ve kadınlar arasında bilgiye erişim, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma ve toplam sağlık okur-yazarlığı ölçeği alt boyutları puan değerlerine bakıldığında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Aktaş, 2021). Ahçıoğlu'nun yapmış olduğu çalışmada sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanların oranı erkeklerde %62,5 olup bu oran kadınlarda %37,5 olarak bulunmuş ve araştırmaya katılan bireyler cinsiyet durumuna göre incelendiğinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Ahçıoğlu, 2020).

Kalp yetersizliği hastalığı her yaşta görülebilir fakat ilerleyen yaş ile hastalığın görülme oranı artar. Toplumda genel olarak 65 yaş ve üzeri bireylerde görülme sıklığı %15'e kadar artmaktadır (Hsiang-Fen et al, 2021). Araştırmaya katılan bireylerin yaş durumlarına göre SOYÖ alt boyutları ve sağlık okuryazarlık ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında: bireylerin yaşı arttıkça sağlık okuryazarlık ölçeği alt boyutları "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme, Kullanma" puanlarının düştüğü tespit edildi. Hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları yaşa göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği tespit edildi ($p=0<0.05$) (Tablo 4.4.3). Yüce'nin yapmış olduğu çalışmada yaş ve sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında

negatif yönde ve orta seviyede anlamlı olarak ilişki var olduğu saptanmıştır (p<0,001). Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları puanı ve ölçek toplam puanının düştüğü saptanmış (Yüce, 2021). Bu çalışmanın yaşa göre sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması açısından llieratür ile benzer olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.3).

Araştırmaya katılan bireylerin SOYÖ alt boyut "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme, Uygulama" puanları ve sağlık okuryazarlığı toplam puanları BKİ değişkenine göre anlamlı bir fark göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4.4). Jovanic ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada BKİ ile SOY arasında anlamlı olarak farklılık bulunmamıştır (p=0,008) (Jovanić et al., 2018). Bu çalışma BKİ ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi açısından literatür ile uyum sağladığı tespit edildi (Tablo 4.4.4).

Jovanic ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada sigara kullanma durumu ile SOY arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,008) (Jovanić et al., 2018). Bu çalışmada ise sigara kullananların SOYÖ "Bilgileri Anlama" alt boyut puanları, sigara kullanmayanların bilgileri anlama puanlarından yüksek bulundu (p=0,008<0,05) (Tablo 4.4.5). Bireylerin SOYÖ "Bilgiye Erişim, Değer Biçme, Uygulama" alt boyut puanları ve SOY toplam puanları sigara kullanım durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0,05) (Tablo 4.4.5). Bu çalışma sigara kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi açısından literatür ile uyum sağlamadığı tespit edildi (Tablo 4.4.5).

Araştırmaya katılan bireylerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme, Uygulama" alt boyutları ve SOYÖ toplam puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı olarak fark göstermediği tespit edildi (p>0,05). Literatür incelendiğinde Jovanic ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da alkol kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,008) (Jovanić et al., 2018). Bu çalışmada alkol kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi açısından literatür ile uyum sağladığı tespit edildi (Tablo 4.4.5).

Literatürde incelendiğinde yapılan araştırmalarda kalp yetersizliği hastalığı olan bireylerin yetersiz eğitim seviyesi sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemektediği belirtilmedir (Misook L et al., 2020). Düşük eğitim seviyesi mortalite ve morbidite oranında arttırdığı yapılan

çalışmalarda belirtilmiştir (Hsiang-Fen et al., 2021; Riegel et al., 2018). Bu çalışmada da eğitim durumu ilkokul ve altı olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları, ortaokul ve üzeri olanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarından düşük saptandı ($p=0<0.05$) (Tablo 4.4.6). Bu çalışmanın eğitim seviyesine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması açısından llieratür ile benzer olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.6)

Literatür incelendiğinde medeni durumu bekar olup kalp yetersizliği olan bireylerin, medeni durumu evli olup kalp yetersizliği olan bireylere göre tekrarlayan hastane yatışlarının daha fazla olduğu ve mortalite risklerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu riski muhtemel eş desteği olmamasından kaynaklandığı belirtilmiştir (Chung et al., 2009). Yüce'nin yapmış olduğu çalışmada evli olan hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması, bekar veya eşi vefat edenlerin puan ortalamasından yüksek bulunmuştur ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Yüce, 2021). Bu çalışmanın sonucuna göre medeni durumu evli olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri bekar veya eşi vefat etmiş olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri daha iyi tespit edilmiştir ($p=0.002<0.05$). Çalışmada medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması açısından literatür ile benzer olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.7).

Bireylerin çalışma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları ve sağlık okuryazarlığı ölçek toplam puanları incelendiğinde: Herhangi bir işte çalışan bireylerin "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme" alt boyut puanları çalışmayanların alt boyut puanlarından yüksek saptandı ($p=0<0,05$) (Tablo 4.4.8). Çalışanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları, çalışmayanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından yüksek saptandı ($p=0<0,05$) (Tablo 4.4.8). Bu çalışma sonucuna göre çalışan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri işşiz, çalışmayan veya hastalık dolayısıyla çalışamayan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri daha iyi tespit edilmiştir. Son ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada çalışan bireylerin çalışmayanlara oranla yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine sahip oldukları tespit edilmiş ve sağlık okuryazarlık ile çalışma durumu arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Son et al., 2018). Jovanic ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan çalışan bireylerin herhangi bir işte çalışmayan bireylere göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha iyi olduğu tespit edilmiş (Jovanić et al., 2018). Bireylerin

SOYÖ “Uygulama” alt boyut puanları çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0,05) (Tablo 4.4.8).

Bireylerin meslek gruplarına göre sağlık okuryazarlık durumları incelendiğinde meslek grupları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı olarak fark saptandı (p<0,05) (Tablo 4.4.8). Mesleği serbest meslek olanların sağlık okuryazarlık puanı mesleği emekli olanlardan, mesleği emekli olanların sağlık okuryazarlık puanı mesleği ev hanımı olanlardan, mesleği serbest meslek olanların sağlık okuryazarlığı puanı mesleği ev hanımı olanlardan, mesleği diğer olanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının mesleği ev hanımı olanlardan sağlık okuryazarlığı puanları yüksek saptandı (p<0,05). Yüce’nin yapmış olduğu çalışmada da mesleğe göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Çalışan ve meslek sahibi olan bireylerin sağlık okuryazarlık puanları ev hanımı olanlara göre daha iyi tespit edilmiştir (Yüce, 2021). Bu çalışmanın meslek gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması açısından literatür ile benzer olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.8).

Sosyoekonomik düzey sağlık okuryazarlığı için bilgiye ulaşma ve kullanmada önemli hususlardan birisidir. Literatür incelendiğinde düşük soyoekonomik düzeyin sağlık okuryazarlığını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Cloonan et al., 2013; Fabbri et al., 2020). Son ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yüksek sosyoekonomik düzey ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve sosyoekonomik düzeyin yükselmesiyle sağlık okuryazarlık düzeyi puanının arttığı tespit edilmiş (Son et al., 2018). Jovenic ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyi düşük olan bireylerde sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olduğu tespit edilmiş (Jovanić et al., 2018). Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları gelir düzeyi durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (p=0<0.05). Kalp yetersizliği olan bireylerin gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık puanlarınında arttığı, sağlık okuryazarlıklarının daha iyi olduğu olduğu tespit edildi. Gelir düzeyine göre sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde bu çalışma ile literatür arasında benzerlik olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.9).

Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalığa sahip olmasıyla sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde kronik rahatsızlığı olan bireylerin bilgiye erişimleri, kronik rahatsızlığı olmayanların bilgiye erişim alt boyut puanlarından düşük saptandı (p=0.01<0.05) (Tablo

4.4.11). Kronik rahatsızlığı olan bireylerin bilgiye erişimlerinin kronik rahatsızlığı olmayanlardan daha iyi olduğu tespit edildi. Kronik rahatsızlığı olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları, kronik rahatsızlığı olmayanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından düşük saptandı ($p=0.047<0.05$) (Tablo 4.4.11). Kalp yetersizliğine ek olarak başka kronik rahatsızlıkları olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin kronik rahatsızlığı olmayan bireylere göre sağlık okuryazarlıklarının daha kötü olduğu tespit edildi. Son ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan hastalar ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.019$) (Son et al., 2018). Bu çalışma kronik hastalık varlığı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki açısından Son ve arkadaşlarının (Son et al., 2018) yapmış olduğu çalışma ile uyumlu olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan bireylerin kalp yetersizliği hakkında eğitim alma durumu sağlık okuryazarlık durumu ile karşılaştırıldığında kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları, kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarından yüksek saptandı ve anlamlı fark tespit edildi ($p=0<0.05$) (Tablo 4.4.12). Kalp yetersizliği hakkında eğitim alan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanlara göre daha iyi olduğu belirlendi. Bu veri sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlık düşük olanlara göre hastalık bilinci oluşması için kalp yetersizliği hakkında eğitim, bilgilenme aynı zamanda bakım ve ihtiyaçlarını gidermede daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin kalp yetersizliği tanı yıllarına göre sağlık okur yazarlık düzeylerinin incelendiğinde bireylerin "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme, Uygulama" sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları ve ölçek toplam puanları kalp yetersizliği tanı yılı değişkenine göre anlamlı olarak fark göstermediği saptandı ($p>0,05$). Son ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kalp yetersizliği tanı yılları ile sağlık okur yazarlık puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,019$) (Son et al., 2018). Bu çalışma kalp yetersizliği tanı yılı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde literatür ile uyumlu olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.12):

Ulusal çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastaların sağlık okuryazarlık durumlarını inceleyen çok sınırlı çalışma bulunmaktadır. Ancak uluslararası araştırmalar mevcuttur. Uluslararası literatür incelendiğinde yapılmış çalışmalarda düşük sağlık okur yazarlığı, kötü sağlık

sonuçları, koruyucu sağlık taramalarının kullanımının azalması ve hastaneye yatış ve acil servis kullanımının artmasıyla bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip hastalar, artan hastaneye yatış ve yeniden kabul oranlarıyla bağlantılı bakım geçişlerinde ilaç tutarsızlıklarına ve devamsızlıklara karşı daha savunmasızdır (Cloonan et al., 2013; Jovanić et al., 2018; Moser et al., 2015, 2015; Robinson et al., 2011; Son et al., 2018). Yapılan başka bir çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip hastalar arasında hastaneye yatış ve acil servis kullanımı oranı daha yüksek olduğu yapılan araştırmalarda saptanmıştır (Alspach et al., 2015). Fabbri ve arkadaşları kalp yetersizliği hastalığına sahip 2487 bireyle yapmış oldukları çalışmada düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olan bireylerin sık hastaneye yatış ve acile başvurma sıklığına sahip olduğunu tespit etmişler (Fabbri et al., 2018). Yüce'nin yapmış olduğu çalışmada kalp yetersizliği nedeniyle toplam hastaneye yatma sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hastanede son yatış süresi, tanı süresi ve kalp yetersizliği nedeniyle son bir yılda polikliniğe başvurma sayısı ile sağlık okuryazalığı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Yüce, 2021). Bu çalışmada son bir yıldaki acile servise başvuru sayıları ile sağlık okur yazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, SOYÖ "Bilgileri Anlama" alt boyut puanları son bir yıldaki acil servise başvuru sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p=0.025<0.05$). Acil servise başvuru sayısı arttıkça SOYÖ "Bilgileri Anlama" alt boyut puanının azaldığı, acil servise başvuru sayısı arttıkça bilgileri anlama düzeylerinin kötüleştiği tespit edildi (Tablo 4.4.13). Bireylerin SOYÖ alt boyutları "Bilgiye Erişim, Değer Biçme, Uygulama"alt boyut sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları son bir yıldaki acil servise başvuru sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 4.4.13). Bireylerin son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı incelendiğinde "bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme, uygulama "alt boyut puanları ve sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı değişkenine göre anlamlı fark göstermediği tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 4.4.13). Çalışma hastaneye başvurma sayıları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği arasındaki ilişkiyi başvuru ve yatış sayılarına göre inceleyen bir çalışma olmadığı için detaylı olarak diğer çalışmalar ile karşılaştırılamadı. Bu çalışmanın hastaneye yatış sayıları ile SOYÖ puanları arasında literatür ile uyumlu olmadığı tespit edildi.

Literatüre bakıldığında Son'un yaptığı çalışmada NYHA sınıfı ile sağlık okur yazarlığı puanları arasındaki ilişki incelendiğinde NYHA I için sağlık okuryazarlığı düzeyi NYHA II ve III'e göre

daha yüksek tespit edilmiş (p< 0.001) (Son et al., 2018).Yüce'nin yapmış olduğu çalışmada NYHA II sınıfına sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalaması NYHA III olan bireylerin puanlarından yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Yüce, 2021). Bu çalışmada ise NYHA sınıflandırması ile SOYÖ arasındaki ilişki incelendiğinde: ireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları NYHA sınıflandırması değişkenine göre anlamlı fark saptandı (p=0<0,05). NYHA sınıf düzeyi arttıkça sağlık okur yazarlığı ölçeği toplam puanının düştüğü, NYHA sınıf düzeyi yüksek olan bireylerin NYHA sınıf düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin kötü olduğu tespit edildi (p<0.05) (Tablo 4.4.14). Bu çalışma NYHA sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki açısından literatür ile uyumlu olduğu tespit edildi.

5.3. Bireylerin Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Güçlendirme, sağlık bakımında yeni yer edinmeye başlayan güncel bir sağlık bakımıdır. Güçlendirme modeli, bireylerin başarma deneyimlerinin artışını hedefleyerek motivasyon ile birlikte bakıma katılmaya istekli olmasını amaçlamaktadır. Bireylerin hastalıklarına uyum sağlamaları ve hastalıkla mücadeledeki başarılarını uzun süre devam ettirebilmeleri önem arz eder. Güçlendirme modelinin önemi kronik hastalığı olan bireylerde daha fazla göze çarpmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık ile ilgili bilgi, beceri gibi donanımların kullanımı uzun süreçler teşkil eder ve bireylerin yaşamlarını hastalık sürecine göre şekillendirmeleri gerekmektedir (Karaman, 2015). Hastalığa yönelik olarak gerek kaynakların etkili ve verimli kullanılması gerekse tedavi sürecinin daha etkili yönetilmesi için hasta güçlendirme modelinin önemli olduğu düşünülmektedir (Kaya & Işık, 2018). Kronik bir hastalık olan kalp yetersizliği hastalığında da bireylerin güçlendirilmesi yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından güçlendirme modeli önem taşımaktadır (Karaman ve ark., 2017).

Literatürde yeni bir kavram olarak karşımıza çıkan güçlendirme modeli kalp yetersizliği hastaları üzerinde çalışma tespit edilemedi. Ulusal ve uluslararası kalp yetersizliği olan hastalar üzerinde çalışma tespit edilemedi ve başka çalışmalar ile karşılaştırılarak tartışma yapılamadı. Bu çalışma literatürde KY olan bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini inceleyen ilk çalışmadır. Literatürde bu eksiklik giderilmek için bu ölçek bu araştırmada veri toplama amacı ile kullanılmış ve literatür genişletilmek, konunun önemini sunarak literatüre fayda sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği "Özfarkındalık",

“Hedefe Ulaşabilme Yeteneği”, “Hedef Belirleyebilme Becerisi” alt boyutlarından oluşmaktadır (Karaman ve ark., 2017). Tartışmanın bu bölümünde araştırmaya katılan bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerine ait veriler incelendi.

Literatür incelendiğinde kronik hastalıklarda alanında uzmanlaşmış hemşire hastasını ve bakım vericilerini yaşam şekli değişiklikleriyle baş etmede desteklemekte, güçlendirdiği belirtilmektedir (Spasser et al., 2006). Güçlendirilmiş hasta hastalığı aktif yönetme becerisine sahip olan bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu bireyler işinde ya da yaşantısında hastalığını güçlendirmesi hakkında bilgi edinen etkili karar verme yeteneği, sürekli değişen dış koşullara uyumu artmaktadır. Dolayısıyla güçlendirme sürecinde sürekli olarak bilgi-beceri ve güven aktarılan hasta uzun süre profesyonellere gereksinim duymamakta, kendi kendini idare edebilir duruma geldiği belirtilmektedir. Kronik hastalık durumlarında olduğu gibi, ömür boyu bakım gereksinimi gerektiren kalp yetersizliği hastalığı olan bireylerin yaşam kontrollerini sağlayabilmeleri, mevcut sağlık durumlarını kısıtlılıkları içerisinde maksimum düzeye taşıyabilmeleri için güçlendirmeleri önemlidir (Çalışkan & Özer, 2021). Bu çalışmada ise elde edilen verilere göre bireylerde kalp yetersizliği güçlendirme gruplarına göre %42,2’si kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin kötü olduğu, %38,3’ü orta düzeyde kalp yetersizliğini güçlendirme becerisine sahip olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.1). Bu sonuçtan dolayı kalp yetersizliği olan bireylerin hastalığı iyileştirme ve yönetebilme becerilerinin eksik olduğu hastalık konusunda eğitilmesi ve güçlendirilmesinin gerekli olduğu söylenebilir. Bireylerin bu konuda eğitim programları ve destek programlar oluşturularak bilinçlendirilmesi tavsiye edilir.

Bireylerin yaşları ilerledikçe fiziksel ve psikososyal değişimler yaşarlar. Yaşa bağlı gelişen fonksiyonel (görme, işitme kaybı vb.) ya da zihinsel işlevlerde ortaya çıkan yetersizlikleri özbakımın gerçekleştirilmesinde sorunlar oluşturabilir. Dolayısıyla yaşın ilerlemesi bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini olumsuz yönde etkileyen bir değişken olarak düşünülebilir. Prochota ve ark. yaptığı araştırmada öz bakım ile yaş arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu; yaş arttıkça öz bakım davranışlarının azaldığını tespit edilmiştir (Prochota et al., 2019). Bu çalışmada ise bireylerin KYGÖ alt boyutları ve ölçek toplam puanında yaşın artmasıyla toplam puanların azaldığı diğer bir ifade şekliyle kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin azaldığı tespit edildi. Kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin yaşa göre anlamlı fark gösterdiği tespit edildi ($p=0<0,05$) (Tablo 4.5.3).

Kalp yetersizliğinde alkol ve sigara kullanımı hastalık durumunu kötüleştirir. Bu nedenle kalp yetersizliği olan bireylerin alkol alımını azaltmaları ve sigarayı bırakmaları önemlidir. Aşırı alkol kullanımı kısa dönemde kalp hızı artırır ve kan basıncını yükselterek uzun dönemde ise kalbin çalışma performansını düşürerek kalp yetersizliğini kötüleştirir (Mukammal, 2006). İleri kalp yetersizliğinde alkol alımının tamamen durdurulması hekim tarafından istenilebilir. Sigara dumanındaki karbon monoksit, kanın oksijen taşıma kabiliyetini azaltır ve kalp vücuda yeterli oksijen sağlamak için daha fazla çalışmak zorunda kalır. Sigara kullanımı damarların daralmasına ve kalp damar hastalığı olanlarda da kalp krizinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Sigara kullanımı sırasında kalp damarları da dahil olmak üzere tüm vücut damarlarında belirli bir düzeyde spazm meydana gelir, kalp hızı artar ve kan basıncında yükselme eğilimi ortaya çıkar (Mukamal, 2006). Buna sebeple kalp yetersizliği belirtilerini ağırlaştırarak kötüleştirir. Dolayısıyla bireylerin ağırlaşan hastalık belirti ve bulguları ile hastalığı güçlendirme becerilerini gerçekleştirmekte güçlük yaşamaları söz konusu olabilir. Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedefe belirleyebilme becerisi, kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları sigara kullanım durumuna göre anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.5.5). Çalışmaya katılan bireylerin alkol kullananların hedefe ulaşabilme yetenek puanları, alkol kullanmayanların hedefe ulaşabilme yeteneği puanlarından düşük olduğu saptandı ($p=0,039<0,05$). Bir diğer ifadeyle kalp yetersizliğini güçlendirmek için hedefe ulaşabilme becerilerinin alkol kullananlarda kullanmayanlara göre daha iyi olduğu saptandı.

Araştırmada eğitim düzeyinin artmasıyla sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı tespit edildi (Tablo 4.4.12). Yapılan literatür araştırmasında eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin, günlük yaşam faaliyetleri ile sağlığına ilişkin davranışları arasında eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha kolay bağlantı kurabildiği belirtilmektedir (Bayrak ve ark., 2019). Bireyler, akılcı kararlar vermek için yeterli bilgiye, yeterli kontrole ve kaynaklara, kararlarının etkililiğini değerlendirmek için yeterli deneyime sahip olduklarında güçlenirler (Dalkılıç& Kurtoğlu, 2021). Dolayısıyla gelişime ve değişime açık olan eğitim düzeyi yüksek bireyler, öz bakımları yüksek, sağlık ile ilgili bilinçlidir ve kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin daha iyi olduğu söylenebilir. Bu durumuda bireylerin eğitim düzeyleri hasta güçlendirmede önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada da bireylerin eğitim düzeyine göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri incelendiğinde anlamlı fark saptandı ($p=0<0,05$) (Tablo 4.5.6). Araştırmada eğitim düzeyi arttıkça kalp yetersizliğini güçlendirme ölçeği alt boyutları toplam

puanları ve ölçek toplam puanlarının arttığı, kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin yükseldiği daha iyi olduğu tespit edildi. Eğitim durumu ilkokul ve altı olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları, eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından düşük olduğu, eğitim durumu ilkokul ve altı olanların kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin kötü olduğu saptandı (p=0<0,05) (Tablo 4.5.6). Çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyelerine göre güçlendirme becerilerinin geliştiği belirlendi.

Kalp yetersizliği hastalığı yaşam kalitesini sıklıkla önemli ölçüde azaltan kronik ve güçten düşürücü bir hastalıktır (Hsiang-Fen et al., 2021). Kalp yetersizliği olan bireyler hastane içinde sağlık personellerinin yardımına ihtiyaç duyduğu kadar hastane dışında da aile desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Hastalara ve eş ve aile desteğiyle hastaneye yatış riskinde de azalma olduğu belirtilmektedir (Chung et al., 2020). Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumuna göre kalp yetersizliği güçlendirme becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark tespit edildi (p=0.031<0.05). Medeni durumu evli olanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları, bekarların kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanlarından yüksek olduğu, evlilerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin iyi olduğu saptandı (p=0,031<0.05) (Tablo 4.5.7). Bu çalışmada medeni durumu evli olan bireylerin hastalığı güçlendirme becerilerine ve öz bakımına katkısından dolayı aile içi desteğin olması, moral ve motivasyon desteğinden dolayı kalp yetersizliği güçlendirme becerilerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Literatür incelendiğinde kalp yetersizliği hastalığının hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini bildirmektedir. Hastalığın ciddiyeti arttıkça iş değişimi ya da çalışamama durumunu ortaya çıkarttığını belirtmektedir. NYHA sınıflandırma sistemine göre KY sınıfı I-II olanların günlük yaşam aktivitelerini karşılamada daha az sorun yaşadığını göstermektedir (Zoghi, 2011). Yapılan çalışmalarda KY olan ve çalışan bireylerde kalp yetersizliğinin daha iyi durumda olduğu belirtilmektedir (Chung et al., 2009; Hsiang-Fen et al., 2021; Jovanić et al., 2018). Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumuna göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri incelendiğinde anlamlı farklılık tespit edildi (Tablo 4.5.8). Araştırmaya katılan bireylerin KYGÖ özfarkındalık alt boyutu, hedef belirleyebilme becerisi alt boyutu (p=0.001<0.05) ve KYGÖ toplam puanları çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından yüksek olduğu (p=0.002<0.05), çalışan

bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin daha iyi olduğu saptandı (Tablo 4.5.8). Bireylerin hedefe ulaşabilme yeteneği alt boyut puanları ise çalışma durumuna göre anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.5.8).

Araştırmaya katılan bireylerin meslek durumuna göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri incelendiğinde bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanları meslek değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (p=0.018<0.05) (Tablo 4.5.8). Bu çalışmada eğitim seviyesi yüksek meslek gruplarında kalp yetersizliği güçlendirme puanlarının daha iyi olduğu saptandı (Tablo 4.5.8). Bireylerin meslek grupları ile sağlık okuryazarlık düzeyi ve eğitim seviyesi döngüsel olarak birbirini etkilendiği için kalp yetersizliği güçlendirme düzeylerinin etkilendiği söylenebilir.

Literatür incelendiğinde kalp yetersizliği olan bireylerin gelir durumu düşük olmayan bireylerin düşük olanlara göre kalp yetersizliği hastalığının daha iyi durumda olduğu belirtilmiştir (Hsiang-Fen et al., 2021; Robinson et al., 2011; Son et al., 2018). Bir başka çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerde fonksiyonel olarak yetersiz olmalarından dolayı yetersiz olan ekonomik durumlarını iyileştirememeleri yaşam kalitelerini düşürdüğü tespit edilmiştir (Salık & Sarıtaş, 2021). Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre kalp yetersizliğini güçlendirme beceri puanları karşılaştırıldığında; günlük ihtiyaçları için rahat para harcayan bireylerin puanlarının diğer bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin daha iyi olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.5.9). Sosyoekonomik durumunun iyi olması bireyin bakım ve ihtiyaçlarına ulaşımını kolaylaştırdığı için kalp yetersizliği güçlendirme durumlarını etkilediği düşünülmektedir.

Birden çok kronik hastalığı olan bireylerde bir başka kronik hastalıklık düzenine uyum ve odak problemi hastalıkta dikkat edilmesi gereken kuralların gözden kaçırılmasına sebep olabilir. Yapılan bir çalışmada KY hastalığı olan bireylerin öz bakım davranışları inceleyen bir çalışmada kronik hastalığı olmayanların öz bakım davranışlarına göre daha yetersiz olduğu ve değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Bayrak ve ark., 2019). Bu çalışmada ise araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık varlığı durumlarına göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde, kronik rahatsızlığı olanların özfarkındalık puanları, kronik rahatsızlığı olmayanların özfarkındalık hedef belirleyebilme becerisi alt boyut puanlarından düşük tespit edildi. Kronik rahatsızlığı olanların kalp

yetersizliğini güçlendirme ölçeği toplam puanları kronik rahatsızlığı olmayanların kalp yetersizliği güçlendirme ölçeği toplam puanlarından düşük olduğu, kronik rahatsızlığı olan bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme becerilerinin kötü olduğu saptandı ($p=0.042<0.05$) (Tablo 4.5.11). Bu çalışmada istatistikler sonucunda başka bir kronik hastalığı varlığının bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini olumsuz yönde etkileyebildiği söylenebilir (Tablo 4.5.11).

Literatür incelendiğinde kalp yetersizliği olan bireylere hastalıkları ile ilgili verilen kronik hastalık yönetim eğitimleri sağlık bakım maliyetlerinin (bakım maaliyeti, ilaç tedavisi harcamaları), azalması, hastaneye yatışın azalmasında önemli bir faktör olduğu ve yeni yatışların önlenebileceğini bildirir. Bireylerin kronik hastalık yönetimi ve öz bakım gücünü arttırdığı ifade etmektedir (Morley M. & Levin, 2021). Alspach ve arkadaşlarını yapmış olduğu çalışmada KY hakkında eğitim alan bireylerin eğitim almayanlara göre KY ile ilgili bilgi edinme hastalık hakkında öz etkililik ve yönetiminde artış olduğunu ifade edilmektedir (Alspach et al., 2015). Araştırmaya katılan bireylerin eğitim alma durumları ile kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim alanların özfarkındalık, hedefe ulaşabilme yeteneği, hedef belirleyebilme becerisi alt boyutları puanları ve kalp yetersizliğini güçlendirme ölçeği toplam puanı eğitim almayanlardan yüksek olduğu, kalp yetersizliği hakkında eğitim alan bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme becerilerinin iyi olduğu bulundu (Tablo 4.5.12). Bu çalışmada bireylerin hastalık yönetimi hakkında eğitim alma durumları ile kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p=0<0,05$) (Tablo 4.5.12). Bu çalışma KY olan bireylerin KY hakkında eğitim alma durumunun kalp yetrsizliğinde öz etkililiklerinin artması konusunda literatür ile karşılaştırıldığında uyum sağlamaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin NYHA sınıflandırmasına göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı olarak fark gösterdiği saptandı ($p=0<0,05$) (Tablo 4.5.14). Araştırmaya katılan NYHA sınıfının düşük olan bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin NYHA sınıfı yüksek olanlara göre kalp yetersizliği güçlendirme becerilerinin daha iyi durumda olduğu saptandı (Tablo 4.5.14). NYHA düzeyi arttıkça kalp yetersizliği belirti ve bulguları ağırlaştığından dolayı bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinide uygulama becerilerininde fonksiyonel kapasitenin azalmasına bağlı olarak azalacağı söylenebilir.

5.4. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerileri Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeyleri ile kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri arasındaki neden sonuç ilişkisini tespit etmek için yapılan istatistiksel regresyon analizi anlamlı olarak saptandı (F=440,614; p=0,000<0,05). Bu sonuçlar sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin de arttığı anlamına gelmektedir (ß=0,866). Sağlık okuryazarlığının artması ile bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri ile ilgili sağlık bilgisine ulaşabildiği, bilgiyi anlayabildiği, değerlendirebildiği ve uygulayabildiği söylenebilir. Kalp yetersizliği güçlendirme toplam düzeyindeki toplam değişim %65,8 oranında sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı ile açıklanmakta olduğu tespit edildi (R 2 =0,658) (Tablo 4.6).

Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği toplam puan düzeyindeki toplam değişimin %68,7 oranında "Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme, Uygulama" sağlık okuryazarlık ölçeği alt boyutları ile açıklanabilir olduğu tespit edildi (Tablo 4.6). Regresyon analizi sonucunda genel sağlık okuryazarlığının kalp yetersizliğini güçlendirme ölçeği alt boyutlarını anlamlı derecede etkilediği, özfarkındalık alt boyutunun %64,7'sini, hedefe ulaşabilme yeteneği alt boyutunun %41,4'ünü, hedef belirleyebilme becerisi alt boyutunun %66,3'ünü açıkladığı tespit edildi (Tablo 4.6). Bu bulgular sağlık okuryazarlığının kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri üzerine önemli etkisi olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı "sağlık hizmetlerine ulaşma, öz-bakım ve sağlık hizmeti sunan ekip ile birey arasındaki etkileşim olmak üzere üç temel noktada sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı okuma-yazma becerilerinin ötesinde; sağlıklı davranışlar, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek, ilaçların doğru kullanımı, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilmek, özbakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, bakım veren rolünü üstelenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini" kapsamaktadır (Yılmaz&Tiraki, 2016). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler kendi sağlığı ile ilgili sağlık bilgisine ulaşabilen, anlayabilen, değerlendirebilen ve uygulayabilen bireylerdir. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylere göre değerlendirildiğinde yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireye göre değerlendirildiğinde gereksiz hastane maaliyetini arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir

(Çopurlar&Kartal, 2016). Aynı zamanda bu bireylerin hastane yatışları ve acil servis kullanımlarının da daha fazla olduğu bildirilmektedir. Tüm bu nedenler gereksiz işgücü kayıplarına aynı artmış sağlık harcamalarına yol açar.

Hasta olan bireyin güçlendirilmesiyle hastanın sağlığı ile ilgili karar vermede daha fazla sorumluluk ve hastalığı ile ilgili sorumluluklarında daha aktif bir rol alarak katılımının sağlanmasıdır. Kronik hastalıkların arttığı bu dönemde, bireyin hastalığının ne olduğu, hastalığı yönetebilme, hastalığına yönelik yaşamını şekillendirmesi ve sağlıklı davranışların sergilenmesinde hasta güçlendirmesi önemlidir (Yıldırım, 2015). Bireylerin sağlık hizmetlerine katılım sağlayabilmeleri için; sağlık ile ilgili bilgileri anlayabilme, analiz edebilme ve gerektiğinde uygulayabilme becerilerine sahip olmaları gerekmektedir. Bu noktada sağlık okuryazarlık düzeyi hastaların güçlendirilmesi için önem arz etmektedir. Dolayısıyla hasta güçlendirme, yüksek sağlık okuryazarlığı ile bir araya getirildiğinde daha etkili olabileceği araştırmamızın sonucuna göre söylenilebilir. Güçlendirilmiş bireyler, sadece kendileri için değil, aile ve toplumsal olarak sağlıklı yaşamın gelişmesi, sağlıklı davranışların benimsenmesi için önemlidir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi gibi hasta birey güçlendirilirse; yaşam kalitesinde artış, sağlık harcamalarında düşme, gereksiz hastane başvurusunda azalma, sağlık hizmeti sunucularının çalışma şartlarının düzelmesi açısından olumlu sonuçların oluşmasını sağlar (Dalkılıç&Kurtoğlu, 2021; Peterson et al., 2011).

Peterson ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kalp yetersizliği olan hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyinin artışının yaşam kalitesi arttırdığı, öz bakımı iyileştirmede faydalı olduğu ve hastaneye yatışı azaltarak mortaliteyi azalttığı ifade etmiş aynı zamanda sağlık okuryazarlığının değiştirilebilir bir risk faktörü olabileceğini desteklediğini belirtmiştir (Peterson et al., 2011). Matteo ve arkadaşlarının kalp yetersizliği olan bireylerde yapmış olduğu sistematik derleme ve meta analiz araştırması sonucunda yetersiz sağlık okuryazarlığının tahmini prevalansı yüksek tespit edilmiş (Matteo et al., 2020). Aynı zamanda yetersiz sağlık okuryazarlığı, artan ölüm ve hastaneye yatış riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmada sağlık okuryazarlığının düşük olmasının hastaya ve toplumsal açıdan zararlı etkileri olduğu genel olarak sağlık okuryazarlığının ölçülmesi ve sonuçlara müdahalelerin olması gerektiğini ifade etmişlerdir (Matteo et al., 2020).

Bu çalışma sonucunda ise kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz ve sorunlu olduğu için kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin de yetersiz olduğu görülmektedir (Tablo 4.2, Tablo 4.3.1, Tablo 4.7). Aynı zamanda araştırmaya katılan bireylerin %65,2'sinin son bir yılda 3 ve daha fazla olarak acil servise başvurduğu, %55,2'sinin 3 veya daha fazla hastaneye yatışının olduğu saptandı (Tablo 4.1.7). Sağlık okuryazarlığı ve kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin yetersiz olması sonucunda hastane ve acile yatışların fazla olduğu araştırma sonucunda söylenebilir. Bu çalışma literatürde kalp yetersizliği olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeylerine göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini inceleyen ilk çalışmadır bu nedenden dolayı ölçek alt boyutları başka bir çalışma tespit edilemediğinden başka çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır.

Elde edilen verilere göre, kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttırılmasının kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini arttırma, hastaneye yatış ve başvuru oranında azalma, gereksiz sağlık harcamalarında azalma, kalp yetersizliğinin iyileştirilmesinin sağlanması, hastalık prognozunun iyileşmesi, mortalite ve morbiditenin azalması, bireyin kendi başına hastalığı yönetme bilincinin oluşmasında etkili olacağı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin incelendiği bu araştırmada sonuçlar 3 bölümde sunulmaktadır

6.1.1 Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Sonuçları

6.1.2 Sağlık Okuryazarlığının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Sonuçlar

6.1.3 Bireylerin Kalp Yetersizliği Güçlendirme Becerileri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar

6.1.4 Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliği Güçlendirme Üzerindeki Etkisine İlişkin Sonuçlar

6.1.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçları,

- Kalp yetersizliği olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği,
- Bireylerin %60'ı erkek cinsiyet, %39,1'i 70 yaş ve üzeri, yaş ortalamasının ise 66,357±11,438 olduğu,
- Bireylerin %30,4'ü fazla kilolu, kilo ortalamasının ise 83,817±19,516 olduğu,
- Bireylerin %84,8'inin sigara kullanmadığı, %93,5'inin alkol kullanmadığı,
- Bireylerin %78,7'sinin ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu,
- Bireylerin %70,4'ünün evli, %92,6'sının bir işte çalışmadığı, %40,9 emekli, %38,3 ev hanımı olduğu,
- Bireylerin %55,2'sinin sadece günlük ihtiyaçlarını karşılayabildiği,
- Bireylerin %82,2'sinin kronik rahatsızlığının olduğu, kronik rahatsızlığı olanların %64'ü diyabet, %72'sinin hipertansiyon, %21,7'sinin KOAH, %14,8'inin astım, %4,8'inin guatr, %19'unun kronik böbrek rahatsızlığı, %3,2'sinin troid, %21,7'sinin diğer kronik rahatsızlıkları olduğu,
- Bireylerin %9,6'sının 6ay ile 1 yıl arası, %48,3'ünün 1 ile 5 yıl, %29,6'sının 6 ile 10 yıl, %12,6'sının 10 ve üzeri yıldır kalp yetersizliği tanısı olduğu,

- ❖ Kalp yetersizliği hakkında %47,4'ünün eğitim aldığı; eğitim alanların %89,9'unun hekimden, %62,4'ünün hemşireden, %29,4'ünün arkadaş ve tanıdıklardan, %19,3'ünün internet radyo ve televizyondan, %16,5'inin kitap broşürlerden, %6,4'ünün dergi /makalelerden, %7,3'ünün diğer eğitim şekillerinden eğitim aldığı,
- ❖ Son bir yıldaki %6,1'i hiç, %11,7'si 1 kez, %17'si 2 kez, %65,2'sinin 3 veya daha fazla acil servise başvurduğu,
- ❖ Son bir yıldaki %6,1'inin hiç, %18,7'sinin 1 kez, %20'sinin 2 kez, %55,2'sinin 3 ve daha fazla hastaneye yatışı olduğu,
- ❖ Bireylerin NYHA sınıflandırması göre %14,3'ünün I, %33'ünün II, %30,4'ünün III, %22,2'sinin sınıf IV olduğu,
- ❖ Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği "bilgiye erişim" alt boyut puan ortalaması 11,883±6,750 (Min=5; Maks=25), "bilgileri anlama" alt boyut puan ortalaması 20,478±8,548 (Min=7; Maks=35), "değer biçme" alt boyut puan ortalaması 23,774±9,904 (Min=8; Maks=40), "uygulama" alt boyut puan ortalaması 15,200±6,008 (Min=5; Maks=25), "Sağlık Okuryazarlığı Toplam" puan ortalaması 71,335±28,204 (Min=25; Maks=125) olduğu,
- ❖ Bireylerin Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Ölçeği "özfarkındalık" alt boyut puan ortalaması 20,457±9,863 (Min=9; Maks=45), "hedefe ulaşabilme yeteneği" alt boyut puan ortalaması 26,374±8,366 (Min=8; Maks=40), "hedef belirleyebilme becerisi" alt boyut puan ortalaması 26,039±13,140 (Min=10; Maks=50), "kalp yetersizliği güçlendirme toplam" ortalaması 74,996±30,078 (Min=28; Maks=140) olduğu,
- ❖ Bireylerin Kalp Yetersizliğini Güçlendirme Becerilerine göre puan dağılımları %42,2'sinin düşük, %38,3'ünün orta, %19,6'sının yüksek olarak dağıldığı çalışmada saptandı.

6.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Sonuçlar

- ❖ Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu,
- ❖ Kadınların sağlık okuryazarlığı toplam puanları (**$\bar{x}$ =64,337**), erkeklerin sağlık okuryazarlığı toplam puanlarından (**$\bar{x}$ =76,000**) düşük olduğu,
- ❖ Bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yaşa göre anlamlı fark gösterdiği **(F=19,640**; **p=0<0.05**),

- Bireylerin sigara kullanım durumu SOYÖ "bilgileri anlama" alt boyutu puanları (x̄=**23,971**), sigara kullanmayanların bilgileri anlama puanlarından (**x̄ =19,851**) yüksek olduğu,
- Alkol kullanımı ve BKİ değişkenine göre sağlık okuryazarlığının anlamlı fark göstermediği (**p>0,05**),
- Eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığının anlamlı farklılık gösterdiği; İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanların sağlık okuryazarlığı toplam puanları (**x̄=63,823**), ortaokul ve üzeri olanların sağlık okuryazarlığı toplam puan düzeylerinden (**x̄ =99,082**) düşük olduğu (**t=-9,024; p=0<0.05**),
- Medeni duruma göre sağlık okuryazarlığının anlamlı farklılık gösterdiği; Evlilerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları (**x=75,074),** bekarların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarından (**x=62,427**) yüksek olduğu (**t=3,164; p=0.002<0.05**),
- Çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları (**x=96,000**), çalışmayanların sağlık okuryazarlığı toplam düzeylerinden (**x=69,366**) yüksek olduğu (**t=3,859; p=0<0.05**),
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları mesleğe göre anlamlı farklılık gösterdiği (**F=7,217; p=0<0.05**),
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları gelir düzeyi durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği (**F=11,889; p=0<0.05**); Gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının arttığı (**p<0.05),**
- Kronik rahatsızlığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları (**x=69,254**), kronik rahatsızlığı olmayanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarından (**x=80,927**) düşük olduğu (**t=-2,428; p=0.047<0.05**),
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları kalp yetersizliği tanı yılına göre anlamlı farklılık göstermediği (**p>0.05**),
- Bireylerin kalp yetersizliği hakkında eğitim alanların sağlık okuryazarlığı toplam puanları **(x=78,330)**, kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların sağlık okuryazarlığı toplam puan düzeylerinden (**x=65,033**) yüksek olduğu (t=3,666; p=0<0,05),
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları son bir yıldaki acil servise başvuru sayısına göre anlamlı fark göstermediği (**p>0,05),**
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanları son bir yıldaki hastaneye yatış sayısına göre anlamlı fark göstermediği (**p>0,05**),

- Bireylerin SOY toplam puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı fark gösterdiği (**F=9,028; p=0<0.05**); NYHA sınıfı arttıkça sağlık okuryazarlık toplam puanının düştüğü çalışmada tespit edildi.

6.1.3. Bireylerin Kalp Yetersizliği Güçlendirme Becerileri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişki Sonuçları

- Kalp yetersizliği olan bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin düşük olduğu,
- Kadınların KYGÖ "**özfarkındalık"** alt boyut puanları (**x=18,794**), erkeklerin özfarkındalık puanlarından (**x=21,565**) düşük (**t=-2,103; p=0,037<0.05**), kadınların hedef belirleyebilme becerisi alt boyutu puanları (**x=23,783**), erkeklerin hedefe belirleyebilme becerisi puanlarından (**x=27,544**) düşük (**t=-2,143; p=0,033<0,05**) olduğu saptandı. Bireylerin KYGÖ "**hedefe ulaşabilme yeteneği**" alt boyut puanları ve kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları cinsiyete göre anlamlı fark göstermediği (**p>0.05**),
- Bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (**F=11,805; p=0<0.05**); Yaş arttıkça kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin azaldığı,
- Bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları BKİ ve sigara kullanım durumuna göre anlamlı fark göstermediği (**p>0.05),**
- Alkol kullanan bireylerin hedefe ulaşabilme yeteneği puanları (**x=22,067**), alkol kullanmayanların hedefe ulaşabilme yeteneği puanlarından (**x=26,674**) düşük olduğu (**t=-2,077; p=0,039<0,05**): Bireylerin özfarkındalık, hedef belirleyebilme becerisi alt boyut puanları ve kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları alkol kullanımına göre anlamlı fark göstermediği (**p>0.05**),
- Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme toplam puanları (**x=68,188**), ortaokul ve üzeri olanların kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanlarından (**x=100,143)** düşük olduğu (**t=-7,314; p=0<0.05**).
- Evli bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları (**x=77,765**), bekarların kalp yetersizliği güçlendirme toplam puan düzeylerinden (**x=68,397**) yüksek olduğu (**t=2,173; p=0,031<0,05**),

- Çalışan bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları (**x=97,000**), çalışmayanların kalp yetersizliği güçlendirme toplam puan düzeylerinden (**x=73,239**) yüksek olduğu (**t=3, 197;p=0,002<0,05**),
- Bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları mesleğe göre anlamlı fark göstermediği (**F=3,426;p=0,018<0,05**),
- Bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları gelir düzeyine göre anlamlı fark gösterdiği (**F=10,711;p=0<0,05**): Gelir düzeyi yüksek olanların kalp yetersizliğini güçlendirme puanlarının yüksek olduğu,
- Kronik rahatsızlığı olan bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme toplam puanları (**x=73,122**), kronik rahatsızlığı olmayan bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puan düzeylerinden (**x=83,634**) düşük olduğu (**t=-2,043;p=0,042<0,05**),
- Kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları kalp yetersizliği tanı yılı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği (**p>0.05**),
- Kalp yetersizliği hakkında eğitim alan bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları (**x=82,395**), kalp yetersizliği hakkında eğitim almayanların kalp yetersizliği güçlendirme toplam puan düzeylerinden (**x=68,331**) yüksek olduğu (**t=3,634; p=0<0,05**),
- Kalp yetersizliğini güçlendirme toplam puanları son bir yıldaki acil servise başvuru sayısına göre anlamlı fark göstermediği (**p>0.05**),
- Kalp yetersizliğini güçlendirme toplam puanları son bir yıldaki hastaneye yatış sayına göre anlamlı fark göstermediği (**p>0.05**),
- Bireylerin kalp yetersizliği güçlendirme toplam puanları NYHA sınıflandırmasına göre anlamlı fark gösterdiği (F=9,233; p=0<0,05): NYHA sınıfı düşük olanların kalp yetersizliğini güçlendirme toplam puanlarının NYHA sınıfı yüksek olanlardan yüksek olduğu çalışmada tespit edildi.

6.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Kalp Yetersizliği Güçlendirme Üzerine Etkisine İlişkin Sonuçlar

- Sağlık okuryazarlığı ile kalp yetersizliği güçlendirme becerileri arasındaki neden sonuç ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizi anlamlı tespit edildi (**F=440,614; p=0,000<0,05).** Kalp yetersizliği güçlendirme toplam düzeyindeki toplam değişim **%65,8** oranında sağlık okuryazarlığı tarafından açıklanmaktadır (**R^2=0,658**).

Sağlık okuryazarlığı toplam puan artışı kalp yetersizliği güçlendirme toplam puan düzeyini arttırmaktadır (**ß=0,866**) (Tablo 4-6- 4.7)

- Kalp yetersizliği olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme beceri düzeylerini etkilediği,
- Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile kalp yetersizliğini güçlendirme becerileri arasında anlamlı ilişki olduğu, sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması ky güçlendirme becerilerini arttırdığı,
- Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artmasının kalp yetersizliğini güçlendirme beceri düzeylerini de arttırdığı belirlendi.

6.2. ÖNERİLER

- Bu çalışma "Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre hastalığı yönetme becerilerinin belirlenmesi" amacıyla uluslararası ve ulusal alanda yapılan ilk ve tek çalışmadır. Araştırmanın evrenini tek bir kuruma başvuran KY tanısı olan bireyler oluşturmaktadır. Bu sebepten dolayı araştırmanın farklı illerde, kurumlarda ülkelerde KY olan bireylerde bu çalışmanın uygulanıp örneklemin genişletilmesi önerilir.
- Türkçeye uyarlanmış, geçerliği ve güvenirliği yapılmış "Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği''nin sağlık profesyonelleri tarafından kalp yetersizliği olan bireylerde hastanın güçlülük düzeyini değerlendirmek amacı ile ölçek ilk defa kullanılmış etkinliği tekrar sınanmıştır. Literatürde bu ölçeği kullanıp kalp yetersizliği hastalarının güçlülük düzeylerini inceleyen bir çalışma bulunamadığından kalp yetersizliği olan bireylerin güçlülük düzeyleri incelenirken KYGÖ alt boyutlarının kıyaslaması yapılamamıştır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması önerilir.
- Bu çalışma ile kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyindeki artışın kalp yetersizlğini güçlendirme becerilerini de arttırdığı tespit edilmiştir. Bundan dolayı kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmak için hastalar ile biyo-psiko-sosyal açısından birebir etkileşim içerisinde olup bireyin ihtiyacını hızlı ve etkili olarak daha kolay tanımlayabilme şansına sahip olan hemşireler tarafından sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik eğitim ve aktivitelerin planlanması ve uygulanması önerilir.
- Kronik bir hastalık olan karşımıza çıkan kalp yetersizliği hastalığı hakkında eğitim almış olan bireylerin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kalp yetersizliğini güçlendirme beceri düzeyi yüksek olan bireyler kalp yetersizliği hastalığını yönetebilen, bakım ve ihtiyaçlarını karşıyabilen, hastalık semptomlarını erkenden tanıyabilirler. Bundan dolayı kalp yetersizliği hastalığı hakkında bireylere günümüz teknolojisinin getirdiği yeniliklerle dijital platformlarda eğitim programları, telekomünikasyon ile hasta bireyin takibinin yapılması, eğitim ve destek platformlarının oluşturulması, hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi önerilir.
- Profesyonel sağık disiplinine sahip olan hemşireler kalp yetersizliği olan bireylerde hastanın bakımı, tıbbi tedavinin uygulanması, hasta eğitimi, hasta takibinde ve hasta

bireylerin hastalığın getirmiş olduğu yaşam şekillerindeki değişime uyum sağlamasında oldukça önemli roller üstlenirler. Sonuç olarak Kalp yetersizliği hastalık yönetiminin bel kemiği olan hemşirelerin; kalp yetersizliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı ve kalp yetersizliğini güçlendirme düzeylerini geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirmesi, hastaların sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmek ve kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerini yükseltmek için uygun hemşirelik bakım planlanlarının uygulanması, eğitimlerin ve danışmanlığın arttırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abdoli, S., Ashktorab, T., Ahmadi, F., Parvizi, S., & Dunning, T. (2008). The empowerment process in people with diabetes: An Iranian perspective. International Nursing Review, 55(4), 447-453.
- Adamopoulos, S., Anker, S. D., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., Fonseca, C., Gomez-Sanchez, M. A., Jaarsma, T., Lip, G. Y. H., Maggioni, A. P., Parkhomenko, A., Pieske, B. M., Popescu, A., Ronnevik, P. K., Rutten, F. H., Schwitter, J., Seferovic, P., Stepinska, J., … Zeiher, A. (2012). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu. 61.
- Ağca, A. (2021). Kalp yetersizliği hastalarının hastalık algısının öz bakım ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Danışman Dr. Öğr. Üyesi Hilal Uysal [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.
- Ahçıoğlu, A. (2020). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ile Psikososyal Ve Davranışsal.Faktörler Arasındaki Ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. Hitit Üniversitesi.
- Aidemark, J., Askenäs, L., Mårtensson, J., & Strömberg, A. (2014). Challenges for Heart Failure Patients' Self-Care Systems – Analysis of Patients' Needs. Procedia Technology, 16, 1256-1264.
- Akbulut, E., Tülüce, D., & Bayrak Kahraman, B. (2016). The Role of Nurses in Cardıac Rehabilitation. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(14), 140-146.
- Akıncı, A. Ç., ZengiN, N., & Buğu, Y. (2014). Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18(2), 52-61.
- Aksakal, F. N. B. (2019). Sağlık Okuryazarlığı Halk Sağlığının Temeli. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı-Özel Konular, 5(1), 1-5.
- Aktaş, H. K. (2021). Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının ve sağlık algısının değerlendirilmesi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Alkan, S., & Nural, N. (2017). Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir mi? Turk J Card Nur, 8(16), 28-34.

- Alspach, J. G. (2015). Heart Failure and Low Health Literacy: Mitigating This Lethal Combination. Critical Care Nurse, 35(5), 10-14. https://doi.org/10.4037/ccn2015734
- Anderson, R. M., Funnell, M., Fitzgerald, J., & Marrero, D. (2000). The Diabetes Empowerment Scale: A measure of psychosocial self-efficacy. Diabetes care. https://doi.org/10.2337/DIACARE.23.6.739
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. Patient education and counseling, 79(3), 277-282. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., Ren, J., & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American Journal of Public Health, 92(8), 1278-1283. https://doi.org/10.2105/ajph.92.8.1278
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. Archives of Internal Medicine, 167(14), 1503-1509. https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503
- Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., & Sağaltıcı, Ç. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing, 12(28), 114-121. https://doi.org/10.5543/khd.2019.68552
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment, 199, 1-941.
- Biber, Ç. (2020). Pulmoner Rehabilitasyonda Dispne Algısının Değerlendirmesi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 7(1), 19-25. https://doi.org/10.5152/gghs.2019.002
- Boğan, F., & Korkmaz, M. (2020). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 191-198. https://doi.org/10.22312/sdusbed.661082
- Bottle, A., Kim, D., Hayhoe, B., Majeed, A., Aylin, P., Clegg, A., & Cowie, M. R. (2019). Frailty and co-morbidity predict first hospitalisation after heart failure

diagnosis in primary care: Population-based observational study in England. Age and Ageing, 48(3), 347-354. https://doi.org/10.1093/ageing/afy194

- Bueno, H., Ross, J. S., Wang, Y., Chen, J., Vidán, M. T., Normand, S.-L. T., Curtis, J. P., Drye, E. E., Lichtman, J. H., Keenan, P. S., Kosiborod, M., & Krumholz, H. M. (2010). Trends in Length of Stay and Short-Term Outcomes among Medicare Patients Hospitalized for Heart Failure: 1993–2008. JAMA-The Journal of The American Medical Association, 303(21), 2141-2147. https://doi.org/10.1001/jama.2010.748
- Bui, A. L., Horwich, T. B., & Fonarow, G. C. (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. Nature Reviews Cardiology, 8(1), 30-41. https://doi.org/10.1038/nrcardio.2010.165
- Butler, J., Fonarow, G. C., Zile, M. R., Lam, C. S., Roessig, L., Schelbert, E. B., Shah, S. J., Ahmed, A., Bonow, R. O., Cleland, J. G. F., Cody, R. J., Chioncel, O., Collins, S. P., Dunnmon, P., Filippatos, G., Lefkowitz, M. P., Marti, C. N., McMurray, J. J., Misselwitz, F., … Gheorghiade, M. (2014). Developing therapies for heart failure with preserved ejection fraction: Current state and future directions. JACC. Heart Failure, 2(2), 97-112. https://doi.org/10.1016/j.jchf.2013.10.006
- Bw, S., G, R., & Ss, N. (2015). Hospital readmission in heart failure, a novel analysis of a longstanding problem. Heart Failure Reviews, 20(3), 251-258. https://doi.org/10.1007/s10741-014-9459-2
- Çalışkan T, Özer S. Güçlendirme modelinin kullanımına örnek bir olgu çalışması: İnme rehabilitasyonu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021; 24(3): 389-394. DOI: 10.17049/ataunihem.784976
- Capriotti, T., & Micari, M. (2019). Chronic Heart Failure Treatment With the Left Ventricular Assist Device. Home Healthcare Now, 37(4), 190-197. https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000777
- Chen, J., Normand, S.-L. T., Wang, Y., & Krumholz, H. M. (2011). National and regional trends in heart failure hospitalization and mortality rates for Medicare beneficiaries, 1998-2008. JAMA, 306(15), 1669-1678. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1474
- Chioncel, O., Mebazaa, A., Harjola, V.-P., Coats, A. J., Piepoli, M. F., Crespo-Leiro, M. G., Laroche, C., Seferovic, P. M., Anker, S. D., Ferrari, R., Ruschitzka, F., Lopez-Fernandez, S., Miani, D., Filippatos, G., Maggioni, A. P., & Investigators,

on behalf of the E. H. F. L.-T. R. (2017). Clinical phenotypes and outcome of patients hospitalized for acute heart failure: The ESC Heart Failure Long-Term Registry. European Journal of Heart Failure, 19(10), 1242-1254. https://doi.org/10.1002/ejhf.890

- Chung, M. L., Lennie, T. A., Riegel, B., Wu, J.-R., Dekker, R. L., & Moser, D. K. (2009). Marital Status as an Independent Predictor of Event-Free Survival of Patients With Heart Failure. American Journal of Critical Care, 18(6), 562-570. https://doi.org/10.4037/ajcc2009388
- Cloonan, P., Wood, C., & Riley, J. B. (2013). Reducing 30-Day Readmissions: Health Literacy Strategies. Journal of Nursing Administration, 43(7/8), 382-387.
- Conceição, A. P. da, Santos, M. A. dos, Santos, B. dos, & Cruz, D. de A. L. M. da. (2015). Self-care in heart failure patients 1. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23, 578-586. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591
- Çopurlar, C.&Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 10(1), 42-47. https://doi.org/10.5455/tjfmpc.193796
- Cowie, M., Anker, S., Cleland, J., Felker, G., Filippatos, G., Jaarsma, T., Jourdain, P., Knight, E., Massie, B., Ponikowski, P., & López-Sendón, J. (2015). Improving care for patients with acute heart failure: Before, during and after hospitalization. ESC Heart Failure, 1. https://doi.org/10.1002/ehf2.12021
- Crespo-Leiro, M. G., Metra, M., Lund, L. H., Milicic, D., Costanzo, M. R., Filippatos, G., Gustafsson, F., Tsui, S., Barge-Caballero, E., De Jonge, N., Frigerio, M., Hamdan, R., Hasin, T., Hülsmann, M., Nalbantgil, S., Potena, L., Bauersachs, J., Gkouziouta, A., Ruhparwar, A., … Ruschitzka, F. (2018). Advanced heart failure: A position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure, 20(11), 1505-1535. https://doi.org/10.1002/ejhf.1236
- Cung, M. L. (2020). Caregiving in Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 35(3), 229-230.
- Çakın Menge, B. (2018). Kalp yetmezliği hastalarına uygulanan rehabilitasyon programının yorgunluk, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Çalışkan, T., Demirel, U., Yildirim, Y., & Aykar, F. Ş. (2021). İnmede Evde Sağlık Hizmetleri Hemşiresinin Rolü: Güçlendirme Modeli. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 91-96.
- Çavuşoğlu, Y., Altay, H., Ekmekçi, A., Eren, M., Küçükoğlu, M. S., Nalbantgil, S., & İbrahim, S. (2015). Kronik Kalp Yetersizliği Tedavisinde Pratik Yaklaşımlar: Güncel Uygulamada Sık Sorulanlar, Gözden Kaçanlar, Tartışmalı Durumlar. The Anatolian Journal of Cardiology, 15(2), 1-2.
- Çelik, A., Özyüncü, N., Kadı, H., Demir, E., Önsel Türk, U., & Yüksek, Ü. (2019). Kalp Yetersizliği. İçinde Kalp (1. bs, C. 1, ss. 857-918). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Dalkılıç, S. & Kurtoğlu, R. (2021). Hastalarin Tüketicileştirilmesi Ve Hasta Güçlendirme. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7 (3), 456-471.
- Değer, A. (2020). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Tuz Kısıtlama ve Diyete Uyumun Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Değertekin, M., Erol, C., Ergene, O., Tokgozoglu, L., Aksoy, M., Erol, M. K., Eren, M., Sahin, M., Eroglu, E., Mutlu, B., & Kozan, O. (2012). Heart fAilure Prevalence and Predictors in TurkeY (HAPPY) Çalışması. Turk Kardiyoloji Derneği Arşivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology, 40(4), 298-308. https://doi.org/10.5543/tkda.2012.65031
- Dennison, C. R., McEntee, M. L., Samuel, L., Johnson, B. J., Rotman, S., Kielty, A., & Russell, S. D. (2011). Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self care confidence in hospitalized patients. The Journal of cardiovascular nursing, 26(5), 359-367. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181f16f88
- Dilokthornsakul, P., Chaiyakunapruk, N., Nimpitakpong, P., Jeanpeerapong, N., & Sruamsiri, R. (2012). The Effects of Medication Supply on Hospitalizations and Health-Care Costs in Patients with Chronic Heart Failure. Value in Health, 15(1, Supplement), S9-S14. https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.019
- Doğu Kökcü, Ö., & Tiryaki, Ö. (2020). Kalp Yetmezliği Hastalarının Öz Bakım Davranışları ve Bakım Gereksinimlerini Karşılamada Bağımsızlık Durumlarının İncelenmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2), 364-374. https://doi.org/10.26453/otjhs.581600

- Düzenli, M. A., Özdemir, K., Aygül, N., Zengin, K., & Gök, H. (2008). Kalp yetersizliği olan hastalarda fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesinde doku Doppler ekokardiyografinin rolü. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 36(3), 143-149.
- Enç, N. (2017). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: Kalp Yetersizliği. İçinde İç Hastalıkları Hemşireliği (2,103-119). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Enç, N., & Öz Alkan, H. (2012). Safe Use of Drugs in Chronic Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 3(2), 101-109. https://doi.org/10.5543/khd.2012.010
- Fabbri, M., Yost, K., Finney Rutten, L. J., Manemann, S. M., Boyd, C. M., Jensen, D., Weston, S. A., Jiang, R., & Roger, V. L. (2018). Health Literacy and Outcomes in Patients With Heart Failure: A Prospective Community Study. Mayo Clinic Proceedings, 93(1), 9-15. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.09.018
- Fabbri M, Murad M. Hassan, Wennberg Alexandra M., Turcano Pierpaolo, Erwin Patricia J., Alahdab Fares, Berti Alvise, Manemann Sheila M., Yost Kathleen J., Finney Rutten Lila J., & Roger Véronique L. (2020). Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. JACC: Heart Failure, 8(6), 451-460. https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.11.007
- Fonseca, C. (2006). Diagnosis of heart failure in primary care. Heart Failure Reviews, 11(2), 95-107. https://doi.org/10.1007/s10741-006-9481-0
- Funnell, M. M. (2004). Patient empowerment. Critical Care Nursing Quarterly, 27(2), 201-204. https://doi.org/10.1097/00002727-200404000-00012
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2003). Patient empowerment: A look back, a look ahead. The Diabetes Educator, 29(3), 454-458, 460, 462 passim. https://doi.org/10.1177/014572170302900310
- Funnell, M. M., & Weiss, M. A. (2008). Patient empowerment: The LIFE approach. European Diabetes Nursing, 5(2), 75-78. https://doi.org/10.1002/edn.114
- George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson (10a ed.). Allyn & Bacon.
- Gök Metin, Z. (2019). Kalp Yetersizliği Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Journal of Cardiovascular Nursing, 10(22), 59-66. https://doi.org/10.5543/khd.2019.59454

- Groenewegen, A., Rutten, F. H., Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2020). Epidemiology of heart failure. European Journal of Heart Failure, 22(8), 1342-1356. https://doi.org/10.1002/ejhf.1858
- Hawkins, M. A. W., Dolansky, M. A., Levin, J. B., Schaefer, J. T., Gunstad, J., Redle, J. D., Josephson, R., & Hughes, J. W. (2016). Cognitive Function and Health Literacy are Independently Associated with Heart Failure Knowledge. Heart & Lung. The Journal Of Critical Care, 45(5), 386-391. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.07.004
- Heidenreich Paul A., Albert Nancy M., Allen Larry A., Bluemke David A., Butler Javed, Fonarow Gregg C., Ikonomidis John S., Khavjou Olga, Konstam Marvin A., Maddox Thomas M., Nichol Graham, Pham Michael, Piña Ileana L., & Trogdon Justin G. (2013). Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States. Circulation: Heart Failure, 6(3), 606-619. https://doi.org/10.1161/HHF.0b013e318291329a
- Hines, A. L., Barrett, M. L., Jiang, H. J., & Steiner, C. A. (2006). Conditions With the Largest Number of Adult Hospital Readmissions by Payer, 2011: Statistical Brief #172. Içinde Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Agency for Healthcare Research and Quality (US). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206781/
- Home, P. (1993). Consensus guidelines for the management of insulin-dependent (type 1) diabetes. European IDDM Policy Group 1993. Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association, 10(10), 990-1005.
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. Journal of General Internal Medicine, 21(8), 857-861. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x
- Hsiang-Fen, Y. (2021). Quality of Life and Associated Factors in Older Adults With Heart Failure. The Journal of Nursing Research, 29(5), 166.
- Hughes, G. (2019, Kasım 19). 10 Common Types of Pain Scales. Verywell Health. https://www.verywellhealth.com/pain-scales-assessment-tools-4020329
- Hull, J. C., Grasgow, H. D., & Hannover, H. D. (2005). Kronik kalp yetersizliğinin tanısı ve tedavisi için klavuz özet (güncelleme 2005). Euopean Heart Journal, 26. https://doi.org/10.1093/eurheart/ehi204

- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Strömberg, A. (2017). Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: A Literature Update. Current Heart Failure Reports, 14. https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1
- Jahanpeyma, P. (2018). Yaşlı Bireylerde Otago Egzersizlerinin Fiziksel Performans, Denge, Düşme, Kırılganlık ve Güçlendirme Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi [Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. The New England Journal of Medicine, 360(14), 1418-1428. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0803563
- Johannes, C. K., Cramer Maarten J., van Wijngaarden Jan, van Tooren Rob, Mosterd Arend, Moons Karel G.M., Lammers Jan W., Cowie Martin R., Grobbee Diederick E., & Hoes Arno W. (2011). The Diagnostic Value of Physical Examination and Additional Testing in Primary Care Patients With Suspected Heart Failure. Circulation, 124(25), 2865-2873. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.019216
- Jovanić, M., Zdravković, M., Stanisavljević, D., & Jović Vraneš, A. (2018). Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(8), 1761. https://doi.org/10.3390/ijerph15081761
- Kalp Yetersizliğinde Rehabilitasyon. (2015). Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 7(4). Erişim Adresi: https://tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=272 Erişim Tarihi: 24.05.2021
- Kapelios, C. J., Laroche, C., Crespo-Leiro, M. G., Anker, S. D., Coats, A. J. S., Díaz-Molina, B., Filippatos, G., Lainscak, M., Maggioni, A. P., McDonagh, T., Mebazaa, A., Metra, M., Moura, B., Mullens, W., Piepoli, M. F., Rosano, G. M. C., Ruschitzka, F., Seferovic, P. M., Lund, L. H., & Group, H. F. L.-T. R. I. (2020). Association between loop diuretic dose changes and outcomes in chronic heart failure: Observations from the ESC-EORP Heart Failure Long-Term Registry. European Journal of Heart Failure, 22(8), 1424-1437. https://doi.org/10.1002/ejhf.1796

- Kara, D., & Yildiz, H. (2013). Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri ve Kullanım Sıklıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 137-149.
- Karaca, S., & Mert, H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3), 1-7.
- Karaman, E. (2015). Kalp yetersizliği olan yaşlı bireylerde ev temelli egzersiz programının düşme durumu ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi: Güçlendirme modeli. [Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-the-validity-and-reliability-of-heart-failure-empowerment-the-scale-74881.html
- Karaman, E., Fadiloğlu, Ç., ŞahiN, Y. G., Yildirim, Y., & Şenuzun Aykar, F. (2017). Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliliği. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing, 9(1), 30-40. https://doi.org/10.5336/nurses.2016-51773
- Kasapoğlu, E. S., & Enç, N. (2017). Kronik Kalp Yetersizliğinin Bakım Yönetiminde Hemşireler için Bir Rehber. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(16), 10.
- Kaya, N., & Işik, O. (2018). Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği. İşletme Bilimi Dergisi, 6(1), 27-42. https://doi.org/10.22139/jobs.403021
- Kızıl, C. (2008). Kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri. Danışman Sevgi Kızılcı. [Yüsek Lisans Tez]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- King, M., Kingery, J. E., & Casey, B. (2012). Diagnosis and Evaluation of Heart Failure. American Family Physician, 85(12), 1161-1168.
- Kirrsch, I. S., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (2002). Adult Literacy in America (3. bs). US Department of Education. https://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf
- Kobayashi, M., Voors, A. A., Girerd, N., Billotte, M., Anker, S. D., Cleland, J. G., Lang, C. C., Ng, L. L., Veldhuisen, D. J. van, Dickstein, K., Metra, M., Duarte, K., Rossignol, P., Zannad, F., & Ferreira, J. P. (2020). Heart failure etiologies and clinical factors precipitating for worsening heart failure: Findings from BIOSTAT-

CHF. European Journal of Internal Medicine, 71, 62-69. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.10.017

- Komajda, M., Anker, S. D., Cowie, M. R., Filippatos, G. S., Mengelle, B., Ponikowski, P., Tavazzi, L., & Investigators, on behalf of the Q. (2016). Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction: Data from the QUALIFY global survey. European Journal of Heart Failure, 18(5), 514-522. https://doi.org/10.1002/ejhf.510
- Kurmani, S., & Squire, I. (2017). Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. Current Heart Failure Reports, 14(5), 385-392. https://doi.org/10.1007/s11897-017-0351-y
- Lainscak, M., Milinković, I., Polovina, M., Crespo-Leiro, M. G., Lund, L. H., Anker, S. D., Laroche, C., Ferrari, R., Coats, A. J. S., McDonagh, T., Filippatos, G., Maggioni, A. P., Piepoli, M. F., Rosano, G. M. C., Ruschitzka, F., Simić, D., Ašanin, M., Eicher, J.-C., Yilmaz, M. B., … Group, on behalf of the E. S. of C. H. F. L.-T. R. I. (2020). Sex- and age-related differences in the management and outcomes of chronic heart failure: An analysis of patients from the ESC HFA EORP Heart Failure Long-Term Registry. European Journal of Heart Failure, 22(1), 92-102. https://doi.org/10.1002/ejhf.1645
- Macabasco-O'Connell, A., DeWalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, V., Baker, D. W., Schillinger, D., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Holmes, G. M., Erman, B., Weinberger, M., & Pignone, M. (2011). Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. Journal of General Internal Medicine, 26(9), 979-986. https://doi.org/10.1007/s11606-011-1668-y
- Mandras, S. A., Uber, P. A., & Mehra, M. R. (2007). Sexual Activity and Chronic Heart Failure. Mayo Clinic Proceedings, 82(10), 1203-1210. https://doi.org/10.4065/82.10.1203
- Mann, D. L. (2008). Management of Heart Failure Patients with Reduced Ejection Fraction. Içinde BRAUNWALD'S HEART DİSEASE - A TEXTBOOK OF CARDIOVASCULAR MEDICINE INTERNATIONAL EDITION (8., C. 25, ss. 611-639). Elsevier.
- Mark, D. B., Anstrom, K. J., Sun, J. L., Clapp-Channing, N. E., Tsiatis, A. A., Davidson-Ray, L., Lee, K. L., Bardy, G. H., & Sudden Cardiac Death in Heart

Failure Trial Investigators. (2008). Quality of life with defibrillator therapy or amiodarone in heart failure. The New England Journal of Medicine, 359(10), 999-1008. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0706719

- Matsuoka, S., Tsuchihashi-Makaya, M., Kayane, T., Yamada, M., Wakabayashi, R., Kato, N. P., & Yazawa, M. (2016). Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure. Patient Education and Counseling, 99(6), 1026-1032. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.003
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., … ESC Scientific Document Group. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal, 42(36), 3599-3726. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368
- McMurray, J.J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., Fonseca, C., Gomez-Sanchez, M. A., Jaarsma, T., Lip, G. Y. H., Maggioni, A. P., Parkhomenko, A., Pieske, B. M., Popescu, A., Ronnevik, P. K., Rutten, F. H., Schwitter, J., Seferovic, P., … Zeiher, A. (2012). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu. 73-137.
- McNaughton, C. D., Cawthon, C., Kripalani, S., Liu, D., Storrow, A. B., & Roumie, C. L. (2015). Health literacy and mortality: A cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. Journal of the American Heart Association, 4(5), e001799. https://doi.org/10.1161/JAHA.115.001799
- Mebazaa, A., Motiejunaite, J., Gayat, E., Crespo-Leiro, M. G., Lund, L. H., Maggioni, A. P., Chioncel, O., Akiyama, E., Harjola, V.-P., Seferovic, P., Laroche, C., Julve, M. S., Roig, E., Ruschitzka, F., Filippatos, G., & Investigators, on behalf of the E. H. F. L.-T. R. (2018). Long-term safety of intravenous cardiovascular agents in acute heart failure: Results from the European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry. European Journal of Heart Failure, 20(2), 332-341. https://doi.org/10.1002/ejhf.991

- Melenovsky, V., Hwang, S.-J., Lin, G., Redfield, M. M., & Borlaug, B. A. (2014). Right heart dysfunction in heart failure with preserved ejection fraction. European Heart Journal, 35(48), 3452-3462. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu193
- Mert, H. (2015). Kalp Yetersizliğinde Cinsel Yaşam. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 7(4). https://tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=270
- Morley M., C., & Levin, S. (2021). Health Literacy, Health Confidence, and Simulation: A Novel Approach to Patient Education to Reduce Readmissions. Professional Case Management, 26(3), 138-149.
- Moser, D. K., Robinson, S., Biddle, M. J., Pelter, M. M., Nesbitt, T. S., Southard, J., Cooper, L., & Dracup, K. (2015). Health Literacy Predicts Morbidity and Mortality in Rural Patients With Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 21(8), 612-618. https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.04.004
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., de Ferranti, S., Després, J.-P., Fullerton, H. J., Howard, V. J., Huffman, M. D., Judd, S. E., Kissela, B. M., Lackland, D. T., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Liu, S., Mackey, R. H., Matchar, D. B., … American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2015). Heart disease and stroke statistics--2015 update: A report from the American Heart Association. Circulation, 131(4), e29-322. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000152
- Mukamal KJ. The effects of smoking and drinking on cardiovascular disease and risk factors. Alcohol Res Health. 2006;29(3):199-202. PMID: 17373409; PMCID: PMC6527044.
- Murray, M. D., Tu, W., Wu, J., Morrow, D., Smith, F., & Brater, D. C. (2009). Factors Associated With Exacerbation of Heart Failure Include Treatment Adherence and Health Literacy Skills. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 85(6), 651-658. https://doi.org/10.1038/clpt.2009.7
- Noureldin, M., Plake, K. S., Morrow, D. G., Tu, W., Wu, J., & Murray, M. D. (2012). Effect of health literacy on drug adherence in patients with heart failure. Pharmacotherapy, 32(9), 819-826. https://doi.org/10.1002/j.1875-9114.2012.01109.x
- Oktay, V. (2019). Experiences of a University Hospital on Adhering to ESC Guidelines in Patients with Chronic Ischaemic Heart Failure. Koşuyolu Heart Journal, 22(3), 177-181.

- Okyay, P., & Arabacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Sağlık Bak. Yayın no:1025. Ankara. TC Sağlık Bakanlığı,1025, 1025, 10.
- Oldfield, S. R., & Dreher, H. M. (2010). The concept of health literacy within the older adult population. Holistic Nursing Practice, 24(4), 204-212. https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181e90253
- Özer, S. (2010). Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi,1(1), 3-7.
- Parker, R., Williams, M., Weiss, B., Baker, D., Davis, T., Doak, C., Doak, L., Hein, K., Meade, C., Nurss, J., Schwartzberg, J., Somers, S., Davis, R., Riggs, J., Champion, H., Howe, J., Altman, R., Deitchman, S., Genel, M., & Dickinson, B. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA The Journal of the American Medical Association, 281, 552-557. https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552
- Peterson, P. N., Shetterly, S. M., Clarke, C. L., Bekelman, D. B., Chan, P. S., Allen, L. A., Matlock, D. D., Magid, D. J., & Masoudi, F. A. (2011). Health Literacy and Outcomes among Patients with Heart Failure. JAMA, 305(16), 1695-1701. https://doi.org/10.1001/jama.2011.512
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V.-P., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosano, G. M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., … ESC Scientific Document Group. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal, 37(27), 2129-2200. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128
- Prochota B, Szwamel K, Uchmanowicz I. Socio-clinical Variables Affecting the Level of Self-Care in Elderly Patients with Heart Failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2019;18(7):628–636.
- Ratzan, S., Parker, R., Selden, C., & Zorn, M. (2000). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

- Rice, H., Say, R., & Betihavas, V. (2018). The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. Patient Education and Counseling, 101(3), 363-374. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002
- Richard, N., & Fogoros, M. D. (2018). 10 Common Types of Pain Scales. Verywell Health. https://www.verywellhealth.com/pain-scales-assessment-tools-4020329
- Riegel, B., Dickson, V. V., Lee, C. S., Daus, M., Hill, J., Irani, E., Lee, S., Wald, J. W., Moelter, S. T., Rathman, L., Streur, M., Baah, F. O., Ruppert, L., Schwartz, D. R., & Bove, A. (2018). A mixed methods study of symptom perception in patients with chronic heart failure. Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care, 47(2), 107-114. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.11.002
- Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., Gurvitz, M. Z., Havranek, E. P., Lee, C. S., Lindenfeld, J., Peterson, P. N., Pressler, S. J., Schocken, D. D., Whellan, D. J., American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, American Heart Association Council on Clinical Cardiology, American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, & American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2009). State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 120(12), 1141-1163. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628
- Robinson, S., Moser, D., Pelter, M. M., Nesbitt, T., Paul, S. M., & Dracup, K. (2011). Assessing Health Literacy in Heart Failure Patients? Journal of cardiac failure, 17(11), 887-892. https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.06.651
- Rogers, C., & Bush, N. (2015). Heart Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Medical Treatment Guidelines, and Nursing Management. The Nursing Clinics of North America, 50(4), 787-799. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2015.07.012
- Ru, S., V, T., L, K., & Pa, H. (2011). Characteristics and outcomes of very elderly patients after first hospitalization for heart failure. Circulation. Heart Failure, 4(3), 301-307. https://doi.org/10.1161/circheartfailure.110.959114
- Salant, P., & Dillman, D. A. (1994). How to Conduct Your Own Survey. John Wiley & Sons, Inc.

- Salık S, Çıtlık Sarıtaş S. Determination of Quality of Life and Hopelessness Levels in Patients with Heart Failure. Turk J Cardiovasc Nurs 2021;12(29):173-182.
- Sarı, İ., Çavuşoğlu, Y., & Temizhan, A. (2016). 2016 Avrupa ve Amerika Kalp Yetersizliği Kılavuz Güncellemeleri: Yenilikler, benzerlikler, farklılıklar ve netlik kazanmamış konular. 44(8), 625-636.
- Sayın Kasar, K., & Erzincanlı, S. (2021). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. 12(28), 94-99. https://doi.org/10.5543/khd.2021.28247
- Sazak, Y., Kanadlı, K. A., & Olgun, N. (2020). Kardiyak Rehabilitasyon Ve Ekip Çalışmasında Hemşirenin Rolü Cardıac Rehabılıtatıon And The Role Of Nurses In Team Work. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24(3), 227-226.
- Scherbakov, N., Haeusler, K. G., & Doehner, W. (2015). Ischemic stroke and heart failure: Facts and numbers. ESC Heart Failure, 2(1), 1-4. https://doi.org/10.1002/ehf2.12026
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA, 288(4), 475-482. https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475
- Schwarz, E. R., Kapur, V., Bionat, S., Rastogi, S., Gupta, R., & Rosanio, S. (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. International Journal of Impotence Research, 20(1), 85-91. https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901613
- Schwarz, E. R., Rastogi, S., Kapur, V., Sulemanjee, N., & Rodriguez, J. J. (2006). Erectile Dysfunction in Heart Failure Patients. Journal of the American College of Cardiology, 48(6), 1111-1119. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.05.052
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Medical Care, 40(5), 395-404. https://doi.org/10.1097/00005650-200205000-00005
- Sezgin, D., & Mert, H. (2015). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2), 108-118.

- Shah, R. U., Tsai, V., Klein, L., & Heidenreich, P. A. (2011). Characteristics and outcomes of very elderly patients after first hospitalization for heart failure. Circulation. Heart Failure, 4(3), 301-307. https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.110.959114
- Shively, M. J., Gardetto, N. J., Kodiath, M. F., Kelly, A., Smith, T. L., Stepnowsky, C., Maynard, C., & Larson, C. B. (2013). Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. The Journal of Cardiovascular Nursing, 28(1), 20-34. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f9f9
- Son, Y.-J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(11), 2474. https://doi.org/10.3390/ijerph15112474
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
- Spasser MA, Weismantel S. Mapping the Literature of Rehabilitation Nursing. Journal of the Medical Library Association 2006;94(Supplement 2):137-42.
- Sperry, B. W., Ruiz, G., & Najjar, S. S. (2015). Hospital readmission in heart failure, a novel analysis of a longstanding problem. Heart Failure Reviews, 20(3), 251-258. https://doi.org/10.1007/s10741-014-9459-2
- Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C. F., & Thompson, D. R. (2016). Heart failure family-based education: A systematic review. Patient education and counseling, 99(3), 326-338.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Newman, A. B., Rosano, C., Rooks, R., Rubin, S. M., Ayonayon, H. N., & Schillinger, D. (2006). Limited Literacy and Mortality in the Elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. Journal of General Internal Medicine, 21(8), 806-812. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2019). Using multivariate statistics (Seventh edition). Pearson.

- Tatar, M. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Danışman Meral Saygun. [Tıpta Uzmanlık Tezi].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirmesi Genel Müdürlüğü. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ekitap. İçinde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Özyurt Maatbacılık. https://sggm.saglik.gov.tr/TR,56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi.html
- Temel, A. B., & Aras, Z. (2017). Evaluation of Validity and Reliability of the Turkish Version of Health Literacy Scale. Florence Nightingale Journal of Nursing, 25(2), 85-94. https://doi.org/10.17672/fnhd.94626
- Toci, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sørensen, K., Ramadani, N., Hysa, B., & Brand, H. (2015). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. Health Promotion International, 30(3), 667-674. https://doi.org/10.1093/heapro/dau009
- Türen, S. (2016). Rehabilitation in Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(60), 54-59. https://doi.org/10.5543/khd.2016.83792
- Türen, S. (2017). Semptomatik kalp yetersizliği hastalarının hemşirelik bakımında gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve standart bakımın karşılaştırılması. [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Türen, S. (2018). Yoğun Bakimda Akut Kalp Yetersizliği Ve Hemşirelik Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 22(2), 73-79.
- Türen, S., & Enç, N. (2019). Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: Kalp Yetersizliği. İçinde Kardiyovasküler Hemşirelik (s. 73). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Türk Kardiyoloji Derneği Bilimsel Kurulu. (2015). Türkiye'de Kalp Yetersizliği Yol Haritası. Türk Kardiyoloji Derneği. https://tkd.org.tr/cg/007/KYYolHaritas%C4%B1_151117.pdf
- Ünver, V., & Armutçu, B. (2015). KALP YETERSİZLİĞİNDE HASTA/AİLE EĞİTİMİ. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 7(4). https://tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=267
- van Voorst, H., & Arnold, A. E. R. (2020). Cost and health effects of case management compared with outpatient clinic follow-up in a Dutch heart failure cohort. ESC Heart Failure, 7(3), 1136-1144. https://doi.org/10.1002/ehf2.12692

- Williams, M. V., Parker, R. M., Baker, D. W., Parikh, N. S., Pitkin, K., Coates, W. C., & Nurss, J. R. (1995). Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals. JAMA, 274(21), 1677-1682. https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530210031026
- Wohlfahrt, P., Stehlik, J., Pan, I. Z., & Ryan, J. J. (2020). Empowering People Living with Heart Failure. Heart Failure Clinics, 16(4), 409-420. https://doi.org/10.1016/j.hfc.2020.06.002
- Wong, C. M., Hawkins, N. M., Jhund, P. S., MacDonald, M. R., Solomon, S. D., Granger, C. B., Yusuf, S., Pfeffer, M. A., Swedberg, K., Petrie, M. C., & McMurray, J. J. V. (2013). Clinical characteristics and outcomes of young and very young adults with heart failure: The CHARM programme (Candesartan in Heart Failure Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity). Journal of the American College of Cardiology, 62(20), 1845-1854. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.05.072
- Wong, C. M., Hawkins, N. M., Petrie, M. C., Jhund, P. S., Gardner, R. S., Ariti, C. A., Poppe, K. K., Earle, N., Whalley, G. A., Squire, I. B., Doughty, R. N., McMurray, J. J. V., & MAGGIC Investigators. (2014). Heart failure in younger patients: The Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). European Heart Journal, 35(39), 2714-2721. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu216
- Yalınkılıç, M., Kılıçrslan K., Uysal H., Bilgin S., Enç N. (2020). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Durumunun Belirlenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing. https://doi.org/10.5543/khd.2020.06025
- Yancy Clyde W., Jessup Mariell, Bozkurt Biykem, Butler Javed, Casey Donald E., Drazner Mark H., Fonarow Gregg C., Geraci Stephen A., Horwich Tamara, Januzzi James L., Johnson Maryl R., Kasper Edward K., Levy Wayne C., Masoudi Frederick A., McBride Patrick E., McMurray John J.V., Mitchell Judith E., Peterson Pamela N., Riegel Barbara, … Wilkoff Bruce L. (2013). 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation, 128(16), e240-e327. https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776
- Yilmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 142-147.

- Young, J. B., Abraham, W. T., Smith, A. L., Leon, A. R., Lieberman, R., Wilkoff, B., Canby, R. C., Schroeder, J. S., Liem, L. B., Hall, S., Wheelan, K., & Multicenter InSync ICD Randomized Clinical Evaluation (MIRACLE ICD) Trial Investigators. (2003). Combined cardiac resynchronization and implantable cardioversion defibrillation in advanced chronic heart failure: The MIRACLE ICD Trial. JAMA, 289(20), 2685-2694. https://doi.org/10.1001/jama.289.20.2685
- Yurttaş, A., Öztürk, Ö., & Kavuran, E. (2017). Retrospective Analysis of Patients Applied Left Ventricular Assist Device (LVAD). Journal of Cardiovascular Nursing, 8(15), 14-19. https://doi.org/10.5543/khd.2017.24633
- Yüce, N. (2021). Kalp Yetmezliği Hastalarinda Sağlik Okuryazarliği, Sağlik Davranişlari ve Öz Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Yıldırım H. H. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları: Kuram ve Uygulama.1.Baskı, ABSAM, Ankara.
- Zannad, F., McMurray, J. J. V., Krum, H., van Veldhuisen, D. J., Swedberg, K., Shi, H., Vincent, J., Pocock, S. J., & Pitt, B. (2011). Eplerenone in Patients with Systolic Heart Failure and Mild Symptoms. New England Journal of Medicine, 364(1), 11-21. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1009492
- Zoghi, M. (2011). Kalp Yetersizliğinin Tanısı, Evreleri ve Sınıflandırması. 24, 1-5.
- Zuccalà, G., Pedone, C., Cesari, M., Onder, G., Pahor, M., Marzetti, E., Lo Monaco, M. R., Cocchi, A., Carbonin, P., & Bernabei, R. (2003). The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. The American Journal of Medicine, 115(2), 97-103. https://doi.org/10.1016/s0002-9343(03)00264-x

EKLER

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışmayı İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği programı adına yüksek lisans tez çalışması olarak yürütmekteyim. Sizi Dr. Öğretim Üyesi Hilal UYSAL danışmanlığında gerçekleştirilecek olan "Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin belirlenmesi "başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin nasıl etkilendiğini belirlemek' tir. Araştırmada sizden tahminen 20 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 229 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Sorulan sorulara cevap vermeniz kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin nasıl etkilendiğini belirlememize yardımcı olacaktır. Elde edilen bilgilerin kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin hastalık yönetiminde rollerinin anlamamıza ve yetersizliklerini ortadan kaldırmak için yeni yöntemler geliştirmemize yardımcı olacaktır. Bu çalışmadan elde edilen yararlar sonrasında size bildirilecektir. Araştırma verileri sosyodemografik durumuzu değerlendirmek üzere 23 soruluk Hasta Bilgi Formu, Sağlık Okuryazarlık düzeyini ölçmek için 25 maddelik Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve kalp yetersizliğini güçlendirme düzeyinizi ölçmek için 28 maddelik Kalp Yetersizliği Güçlendirme Ölçeği uygulanarak toplanacaktır. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze cevaplanacaktır.

Planlanan bu çalışmaya katılım baskı ve zorlama olmaksızın, tamamen kendi isteğinize bağlıdır. İstediğiniz zaman gerekçeli ya da gerekçesiz çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Size de bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret verilmeyecektir. Çalışmada toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve kimlik bilgileriniz 0gizli tutulacaktır.

İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya saniyebilgin16@gmail.com e-posta adresi ve 05317077069 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana,

çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:
Adı-Soyadı:.....
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

2

EK-1. HASTA BİLGİ FORMU

1.HASTA BİLGİ FORMU

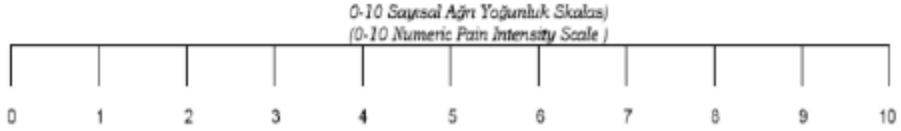
Sayın katılımcı; Bu çalışma kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre kalp yetersizliğini güçlendirme becerilerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulacak ve sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Anket sorularının doğru bir şekilde cevaplanması çalışmanın güvenirliği açısından önemlidir. Teşekkürler.

Yüksek Lisans Tez Öğrencisi: Saniye BİLGİN

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hilal UYSAL

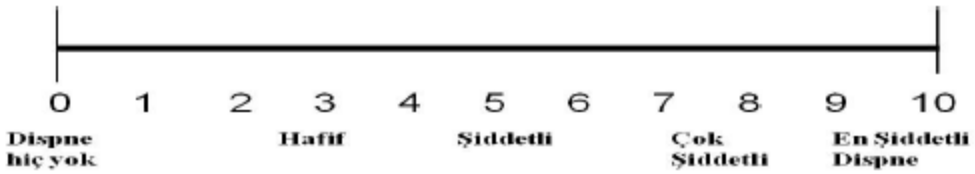
AĞRI VE DİSPNE SINIFLAMASI:

1. Şimdiki ağrı durumunuzu 10 üzerinden kaç olarak hissediyorsunuz?



□[1] Sıfır (Hiç Yok) □[2] 1-3 (Hafif) □[3] 4-6 (Orta)
□[4] 7-9 (Çok Şiddetli Ağrı) □[5] 10 (Dayanılmaz ağrı)

2. Şimdiki dispne durumunuzu 10 üzerinden kaç olarak hissediyorsunuz?



□[1] Sıfır (Dispne Yok) □[2] 1-3 (Hafif) □[3] 4-6 (Şiddetli)
□[4] 7-8 Çok Şiddetli □[5] 9-10 (En Şiddetli Dispne)

3. Cinsiyet: □[1] Kadın □[2] Erkek	
4. Yaş: **5.Boy:** **6.Kilo:** **7.BKİ:**	
8.Sigara kullanıyor musunuz? □[1] Evet □[2] Hayır	
9.Alkol kullanıyor musunuz? □[1] Evet □[2] Hayır	
10. Eğitim durumu: □[1] Okuryazar değilim □[2] İlköğretim □[3] Lise □[4] Üniversite □[5] Lisansüstü □[6] Ortaokul	
11. Medeni durumu: □[1] Evli □[2] Bekar	
12. Çalışıyor musunuz? □[1] Evet □[2] Hayır	**13. Mesleğiniz nedir?**

14. Gelir düzeyiniz nedir? □[1] Günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum □[2] Günlük ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum. □[3] Sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum. □[4] Zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum.
15. Sağlık güvenceniz var mı? □[1] Var □[2] Yok
16. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? □[1] Evet □[2] Hayır
17. Eğer varsa, kronik rahatsızlığınız nedir? □[1] Diyabet □[2] Hipertansiyon □[3] KOAH □[4] Astım □[5]Diğer……
18. Kalp yetersizliği tanınız kaç yıl önce konuldu? ……
19. Kalp Yetersizliği, hastalıkla baş etme, beslenme, egzersiz yapma gibi konularda eğitim aldınız mı? □[1] Evet □[2] Hayır
20. Cevabınız evet ise, kimden veya nasıl eğitim aldınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.) □[1] Hekim □[2] Hemşire □[3] Arkadaş ve tanıdıkları □[4] İnternet, Radyo ve Televizyon □[5] Kitap, Broşür □[6] Dergi, Makale □[7] Diğer……
21.Son 1 yıl içerisinde acil servis başvurusunuz nedir? □[1] Hiç □[2] 1kez □[3] 2 kez □[4] 3 veya daha fazla
22. Son 1 yıl içerisinde hastaneye yatış sıklığınız nedir? □[1] Hiç □[2] 1kez □[3] 2 kez □[4] 3 veya daha fazla
23. NYHA sınıfının belirlenmesi □[1] **Sınıf I:** Günlük olağan fiziksel aktivitelerinde kısıtlanma olmayan kalp hastaları □[2] **Sınıf II:** Fiziksel aktivitelerinde hafif kısıtlanma olan kalp hastaları (örneğin, yol yürümekle nefes darlığı olması) □[3] **Sınıf III:** Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlanma olması, ev içinde yürümek gibi çok hafif aktivitelerle bile semptomların ortaya çıkması □[4] **Sınıf IV:** İstirahatte bile nefes darlığı olması

EK- 2 SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

2.SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

	Yapamayacak durumdayım/ Hiç yeteneğim yok/olanaksız	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç Zorluk Çekmiyorum
BİLGİYE ERİŞİM					
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	1	2	3	4	5
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
BİLGİLERİ ANLAMA					
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME					

13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
UYGULAMA/ KULLANMA					
21.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
22.Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
24.Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
25.Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
TOPLAM PUAN					

EK- 3. KALP YETERSİZLİĞİNİ GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

3. KALP YETERSİZLİĞİNİ GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

Genel olarak, inanıyorum ki ben…	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. …. hastalığımın tedavi ve bakımının memnun olduğum yönlerini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
2. … hastalığımın tedavi ve bakımının memnun olmadığım yönlerini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3. … hastalığımın tedavi ve bakımının hangi yönlerini değiştirmeye hazır olduğumu biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
4. … hastalığımın tedavi ve bakımının hangi yönlerini değiştirmeye hazır olmadığımı biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5. … hastalığımla ilgili gerçekçi hedefler belirleyebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
6. … hastalığımla ilgili hedeflerden hangisinin benim için en önemli hedef olduğunu biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
7. … hastalığımla ilgili hedeflerime ulaşmama yardımcı olan ya da engelleyen kendimle ilgili şeyleri biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
8. … hedeflerime ulaşmamda bana yardımcı olabilecek iyi fikirler bulabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
9. … hastalığımla ilgili belirlemiş olduğum fikirlerimi, işleyen bir plana dönüştürebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
10. … aklıma koyarsam hastalığımla ilgili hedeflerime ulaşırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11. … hastalığımla ilgili hedeflerime ulaşmamı zorlaştıran engelleri biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
12. … hastalığımla ilgili hedeflerimin önündeki engelleri aşmanın farklı yollarını düşünebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13. … hastalığımla ilgili hedeflerimin önündeki engelleri aşmanın farklı yollarını deneyebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
14. … hastalığımla ilgili hedeflerimin önündeki engelleri aşmanın farklı yolları arasında hangisinin benim için en uygun yol olduğuna karar verebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )

Genel olarak, inanıyorum ki ben…	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
15. … kalp yetersizliği hastası olmanın bana neler hissettirdiğini anlatabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
16. … kendi hastalığım ile mücadele ediyor olmamın bana neler hissettirdiğini anlatabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
17. … kalp yetersizliği hastası olmanın hangi yollardan hayatıma stres kattığını biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
18. … kalp yetersizliği hastalığına bağlı stresle baş etmenin\başa çıkmanın olumlu yönlerini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19. … kalp yetersizliği hastalığına bağlı stresle baş etmenin \başa çıkmanın olumsuz yönlerini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
20. … kalp yetersizliği hastalığına bağlı stresle başa çıkabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
21. … kalp yetersizliği hastası olmam ve bununla ilgili ihtiyacım olan bakımı almam konusunda nereden destek alabileceğimi biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
22. …. kalp yetersizliği hastası olmam ve bununla ilgili ihtiyaç duyduğum bakım konusunda destek isteyebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
23. … kalp yetersizliği hastalığı ile başa çıkma konusunda kendi kendime yetebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
24. …hastalığımın tedavi ve bakımına katılmam ile ilgili olarak beni nelerin istekli kılabileceğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
25. … kendimi hastalığımla ilgilenmem için teşvik edebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
26. … kalp yetersizliği hastalığı ile ilgili benim için doğru olan öz bakım uygulama seçenekleri hakkında yeterince bilgim var.	( )	( )	( )	( )	( )
27. … kendimi, benim için doğru olan, kalp hastalığına yönelik bakım uygulamalarını yapabilecek kadar iyi tanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
28. … hastalığımın bakımı ile ilgili değişiklik yapmam gerektiğinde, buna değip değmeyeceğinin kararını verebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )

EK-4

EK-5

EK-6 KURUM İZNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
3	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	<%1
7	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Saniye	**Soyadı**	Bilgin
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	2017
Lise	Ertuğrul Gazi Lisesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi	İMAEH Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-Devam

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İyi	İyi	İyi	İyi		67.5

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	69,97		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS Program	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

- ✓ Bilgin S., Uysal H. Nursıng Care Case Study Of Patıent Of Covıd-19. İn Medical and Health Research Research and Practice. Editor Nizami Duran. 1.edition. December 2021. Lıvre De Lyon, France.Page 155-184. **ISBN:**978-2-38236-248-8.

- ✓ Yalınkılıç, M., Kılıçarslan, K., Uysal H., Bilgin S., Enç N. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Durumunun Belirlenmesi. Turk J Cardiovasc Nurs 2020;11(25):51–59.
- ✓ Bilgin S., Uysal H. Nursing Care Case Report of Patient of COVID-19. J Basic Clin Health Sci 2021; S1: 1-203. https://doi.org/10.30621/jbachs.905228
- ✓ Lisans Tezi: Fethiye Devlet Hastanesine Fibromiyalji Tanısıyla Başvuran Hastaların Klinik Özelliklerinin Belirlenmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi. 2016-2017.
- ✓ TUYUD, 4. Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Sertifikası (2022).
- ✓ İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Bilimsel Araştırma Yöntemleri Semineri (2021).
- ✓ Türk Toraks Derneği, Pulmoner Tele-rehabilitasyon Kursu Sertifikası (2021).
- ✓ British Culture Dil Kursu, B1 Seviye, Genel İngilizce Sertifikası (2017).
- ✓ Ege Üniversitesi, SPSS Programı Kullanım Sertifikası (2017).

BİLDİRİLER

- ✓ **SÖZEL BİLDİRİ:** 2.Uluslararası Ege Bilimsel Araştırmalar Sempozyumu, 12-13 Mart-2022. Covid-19 Pandemisinin Bireylerin Uyku Alışkanlıklarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi.
- ✓ **SÖZEL BİLDİRİ:** COVID-19 Pandemisinde Araştırma Yayın ve Eğitim Süreçlerine Bakış Kongresi, Ocak 2021. COVID-19 Hastasında Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu.
- ✓ **SÖZEL BİLDİRİ:** 36. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi -3-6 Aralık 2020. Determination Of Frailty İn Elderly Individuals With Heart Failure.
- ✓ **SÖZEL BİLDİRİ:** ÖHDER I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi. Nisan 2017**.** Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- ✓ Çok uzun zamandır takı tasarımı yapmakla meşgulum, meraklıyımdır ve her konuda araştırma yapmayı ve öğrenmeyi severim.
- ✓ Farklı dilleri öğrenmeye ilgiliyimdir, kitap koleksiyonu yapıyorum ve kitap okumayı severim.
- ✓ Doğa fotoğrafları çekmeyi, doğa yürüyüşleri yapmayı ve yeni yerleri keşfetmeyi severim.
- ✓ Kişisel gelişime meraklıyım ve ilgiliyim bu platformlarda bulunmak hoşuma gidiyor, spor dalı olarak yoga ve voleybol ile ilgilenmekteyim.