

Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Uyum: Kalitatif Araştırma

Adaptation in Patients Diagnosed with Heart Failure: A Qualitative Study

^{ID} Selma TURAN KAVRADIM^a, ^{ID} Zeynep CANLI ÖZER^a

^aAkdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Antalya, Türkiye

ÖZET Amaç: Kalp yetersizliği, bireyler üzerindeki fizyolojik ve psikososyal etkileri ve uyumu zorlaştırması nedeniyle kronik hastalıklar arasında önemli bir yere sahiptir. Kalp yetersizliğinde uyum alanlarına ilişkin bireylerin deneyimlerine odaklanan çalışmaların, bütüncül hemşirelik müdahalelerin planlanmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma, kalp yetersizliğinin, bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini Roy Uyum Modeli kapsamında incelemeyi amaçlamaktadır. **Gereç ve Yöntemler:** Kalitatif fenomenolojik olarak yapılan araştırmanın verileri, kardiyoloji kliniğinde yatan, amaçlı örneklem yöntemi ile belirlenen hastalardan yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler için içerik analizi kullanılmıştır. Araştırmanın raporlanmasında, kalitatif araştırmaları raporlama kontrol listesi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması 65±7,80 olan 5'i kadın, 15 hasta katılmıştır. Roy Uyum Modeli çerçevesinde “uyaranlar, baş etme, fizyolojik alan, benlik alanı, rol fonksiyon alanı, karşılıklı bağımlık alanı” olmak üzere 6 kategori ve 14 alt kategoriden oluşmaktadır. Alt kategoriler; “yaşam tarzı”, “yaşananlarda manevi bir anlam arama”, “profesyonel destek”, “geleceğe yönelik belirsizlik ile sadece anı yaşama”, “durumu kabullenme”, “fiziksel sınırlama”, “günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma”, “yeni bir benlik”, “bağımsızlık ve kontrol kaybı”, “öz yeterlikte etkilenme”, “sınırlı yaşam beklentisi ve ölüme yaklaşma”, “rollerin değişimi”, “sosyal izolasyon” ve “sosyal destek” olarak belirlenmiştir. **Sonuç:** Bu çalışma, kalp yetersizliğinin, bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini Roy’ün uyum alanları kapsamında ortaya koymuştur. Elde edilen sonuçların, hastaların uyumunu artırmada, etkili hemşirelik müdahaleleri planlama ve uygulamada yol göstereceği düşünülmektedir.

ABSTRACT Objective: Heart failure has an important place among chronic diseases due to its physiological and psychosocial effects on individuals and the difficult adaptation. It is thought that studies focusing on the experiences of individuals regarding adaptation areas in heart failure will allow planning of holistic nursing interventions. This study aims to examine the impact of heart failure on individuals' lives within the scope of the Roy Adaptation Model. **Material and Methods:** The data of the qualitative phenomenological study were collected by face-to-face in-depth interview method from hospitalized patients in the cardiology clinic with determined by purposive sampling method. Content analysis was used for the data obtained from the interviews. Qualitative research reporting checklist was used in the reporting of the study. **Results:** Fifteen patients, 5 of whom were female, with a mean age of 65±7.80 years, participated in the study. Within the framework of the Roy Adaptation Model, it consists of 6 categories and 14 sub-categories: “stimuli, coping, physiological domain, self domain, role function domain, and interdependence domain”. Sub-categories are “lifestyle”, “searching for a spiritual meaning in experiences”, “professional support”, “living only in the moment with uncertainty about the future”, “acceptance of the situation”, “physical limitation”, “difficulty in activities of daily living”, “a new self”, “loss of independence and control”, “affecting self-efficacy”, “limited life expectancy and approaching death”, “change of roles”, “social isolation” and “social support”. **Conclusion:** This study revealed the impact of heart failure on individuals' lives within the scope of Roy's adaptation areas. It is thought that the results obtained will guide the planning and implementation of effective nursing interventions in increasing the adaptation of the patients.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; kalp yetersizliği; model; uyum

Keywords: Nursing; heart failure; model; compliance

Kalp yetersizliği (KY), günümüzde artış gösteren önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir.¹ Dünya çapında en az 26 milyon insanı etkileyen KY prevalansı, yaşlanan nüfus ve tedavideki gelişmeler nedeniyle

artmaktadır.¹ KY prevalansının dünyada yaklaşık %1-2, ülkemizde %2,9 olduğu belirtilmiştir.^{2,3} KY’de miyokard kontraktilitesi azalarak, ventrikül işlevi bozulmakta ve kalp debisinde azalma meydana gelmektedir.³

Correspondence: Selma TURAN KAVRADIM

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Antalya, Türkiye

E-mail: selmaturan@akdeniz.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

Received: 15 Jun 2021 **Accepted:** 16 Aug 2021 **Available online:** 31 Aug 2021

2146-8893 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KY’de nefes darlığı, yorgunluk-hâlsizlik, egzersiz toleransında azalma, ödem, iştah kaybı gibi fizyolojik semptomlar ve stres, anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlar sıklıkla görülmektedir.³ KY tanısı alan bireyler, yaşadıkları semptomlar nedeniyle tekrarlayan hastane yatışları ile karşı karşıya kalmaktadır.⁴ KY’de diğer kronik hastalıklara oranla daha fazla öngörülmezlik olması ve tekrarlayan semptomların yaşanması nedeniyle sadece fiziksel işlevlerde kayıp değil, aynı zamanda duygusal, bilişsel, sosyal, ekonomik ve ruhsal alanlarda da yaşam kalitesini etkileyebilecek çeşitli değişiklikler yaşanmaktadır.^{5,6}

KY tanısı alan hastalarda multidisipliner bir yaklaşım ve tedaviye uyum, tekrarlayan hastaneye yatışlarının azalması ve sağkalımı artırması açısından oldukça önem taşımaktadır.^{3,7} Uyum, “insanın kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyon” olarak ifade edilmektedir.⁸ Uyumun artması, hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmeleri, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamlarına devam edebilmeleri ile yakından ilişkilidir.⁹ KY’de “uyum” tekrarlayan hastaneye yatışları, komplikasyonların azaltılması ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından oldukça önemli görülmektedir.⁹ Uyum etkilediği önemli faktörler arasında hastalık, hasta birey, sosyal ve ekonomik faktörler ve sağlık sistemi yer almaktadır.¹⁰ Kronik hastalıklarda, hemşirelerin bakımının planlanması ve uygulanmasına yön veren çeşitli teori ve modeller kullanılmasına rağmen Roy Uyum Modeli, dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklara uyum düzeylerinin yükseltilmesine yönelik birçok çalışmada yer almıştır.^{9,11,12} Roy tarafından 1960’lı yıllarda geliştirilmeye başlanan Roy Uyum Modeli’nde fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık olarak 4 uyum alanı tanımlanmaktadır.¹³ Roy Uyum Modeli’nde ayrıca uyaranlar ve baş etme kavramları yer almakta ve bu kavramların, bireylerin uyum alanlarında yaşadığı değişiklikler üzerinde çeşitli etkileri bulunmaktadır.¹³

KY olan bireylerin yaşam deneyimlerinin incelendiği çok sayıda kalitatif çalışma bulunmaktadır.¹⁴ Bu çalışmalarda, KY’nin birey üzerindeki fizyolojik etkileri, depresyon, anksiyete, korku, umutsuzluk, kayıp, yalnızlık, hayal kırıklığı, suçluluk, değersizlik

veya öfke gibi psikososyal etkileri çalışmalarda gösterilmiştir.¹⁴⁻¹⁸ Ayrıca KY’de hastalığın yalnızlık hâli yarattığı, kısıtlı bir sosyal hayata ve rol fonksiyonlarında değişikliğe neden olduğu literatürde belirtilmektedir.^{14,19} KY sonrası hastaların deneyimlerine odaklanan nitel çalışmaların, literatürde yer almasına rağmen KY’de uyumu Roy Uyum Modeli kapsamında inceleyen ve KY’nin birey üzerindeki etkisini bütüncül bir biçimde ele alarak ortaya çıkaran nitel bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma, KY tanısı alan bireylerde hastalığın ortaya çıkışına yönelik inançlar, fiziksel, benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanları ve baş etmeye ilişkin deneyimlerin ortaya çıkarılabilmesi açısından önemli görülmektedir. Bireylerin benlik alanı, baş etmeye ve hastalığın ortaya çıkışına yönelik inançlarının ortaya çıkarılması, hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yol gösterici olarak bireyin refahı ve yaşam kalitesinin artmasına olanak sağlayacaktır. Bu doğrultuda bu çalışma, KY’nin bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini Roy Uyum Modeli kapsamında incelemeyi amaçlamaktadır. Bu araştırmanın, sağlık personeli ve araştırmacılara KY hastalığı olan bireylerde uyumun Roy Uyum Modeli paralelinde belirlenmesinde, hastaların hastalığa yönelik inançlarının öğrenilmesi, uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda bireysel sağlık hizmetinin planlanması ve uygulanması açısından önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, KY’nin bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini Roy Uyum Modeli kapsamında incelemeyi amaçlamaktadır.

ARAŞTIRMA DİZAYNI

Bu çalışmada, fenomenolojik bir tümevarım yaklaşımı olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.²⁰

KATILIMCILAR VE ARAŞTIRMA ORTAMI

Araştırma, Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında kardiyoloji kliniğinde tedavi gören KY tanısı alan bireyler üzerinde yapılmıştır. Katılımcılar, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Çalışmaya dâhil edilenler:

- a) KY tanısı olan,
- b) Bilinci açık (soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan, ciddi mental rahatsızlığı olmayan) olan,
- c) Sözel iletişim engeli olmayan,
- d) 18 yaş ve üzeri olan,
- e) Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerdir.

Kronik böbrek yetersizliği, metastatik kanser olan hastalar, cerrahi planlananlar, ciddi kognitif problemleri olan bireyler, çalışmaya dâhil edilmiştir.

VERİLERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırma verileri, hastalardan derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmeler, aynı

araştırmacı tarafından katılımcıların kendilerini rahat ifade edebilecekleri, sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi ortalama 30-40 dk'dır. Görüşme öncesi katılımcılardan izin alınarak, görüşmeler ses kayıt cihazına kayıt edilmiştir. Her katılımcı ile bir bireysel görüşme yapılmıştır. Görüşmede ilk olarak bireylerin hasta bilgi formu aracılığı ile sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri sorgulanmıştır. Bu formda yer alan sorular, araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanmıştır.¹⁴ Ardından Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorular hastaya yöneltilmiştir (Tablo 1). Görüşmeler, araştırmacılar tarafından araştırma sorularıyla ilişkili hiçbir veri kodlarına ve alt kategorilerine veri eklenemeyeceğinden emin olana kadar

TABLO 1: Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş yarı yapılandırılmış görüşme formu.

TABLO 1: Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş yarı yapılandırılmış görüşme formu.	
Uyarılar	
■	Hastalığınız (kalp yetersizliği) hakkında neler düşünüyorsunuz, sizin için ne ifade ediyor?
■	İlk kalp yetersizliği tanısı aldığınızda neler hissettiniz?
■	Kalp yetersizliği hastası olmanızı neye bağlıyorsunuz? Sebep olan etkenler neler olabilir?
Fizyolojik alan	
■	Kalp yetersizliği tanısı aldıktan sonra bedeninizde/vücut fonksiyonlarınızda neler değişti? (oksijenlenme, beslenme, aktivite, dinlenme, ilaç kullanımı)
■	Hastalığınız günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?
■	Sizi fiziksel olarak etkileyen en önemli sorun/sorunlar neler oldu?
Benlik kavramı alanı	
■	Kalp yetersizliğiyle yaşamak benliğiniz/özünüz için ne ifade ediyor?
■	Kendi bedeninize dışarıdan baktığınızda neler görüyorsunuz?
■	Hastalık sonrası hayata, geleceğe yönelik beklentileriniz ve idealleriniz değişti mi, değiştiyse ne gibi değişiklikler oldu?
Rol fonksiyon alanı	
■	Kalp yetersizliği nedeniyle aile içi rollerinizde değişiklik yaşadınız mı, değiştiyse nasıl değişiklikler yaşadınız?
■	Kalp yetersizliği nedeniyle iş yaşamınız ne yönde etkilendi?
■	Üstlendiğiniz rollerinizi daha iyi bir şekilde yerine getirmede nelerin olmasını isterdiniz?
Karşılıklı bağlılık alanı	
■	Kalp yetersizliği ev dışındaki sosyal hayatınızı (aile ziyareti, alışveriş, gezi, eğlence, spor ya da hobilerinizi) nasıl etkiledi?
■	Düzenli görüştüğünüz arkadaşlarınız var mı? Sosyal çevre ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
Baş etme	
■	Hastalık deneyimi yaşama bakışınızı nasıl değiştirdi?
■	Hastalığınızla baş etmek için neler yapıyorsunuz?
■	Hastalığınıza fiziksel olarak uyum sağlamada sizi olumlu etkileyen/geliştiren etmenler nelerdi?
■	Hastalığınıza fiziksel olarak uyum sağlamada sizi olumsuz etkileyen/zorlayan etmenler nelerdi?
■	Kalp hastalığınızla ilgili destek alma şansınız olsa size ne anlatılmasını istersiniz?
■	Kalp hastalığınıza yönelik kimlerden nasıl hizmetler almak isterdiniz?
■	Sizin durumunuzda olan diğer kalp yetersizliği hastalarına bir mesaj vermek ister misiniz?
■	Konuşmayı bitirmeden önce eklemek istediğiniz başka şeyler var mı?

sürdürülmüş ve veri doygunluğu sağlandıktan sonra araştırma sonlandırılmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine ilişkin dağılımlarının yorumlanmasında, sayı ve yüzde hesabından yararlanılmıştır. Katılımcılarla yapılan her görüşmeden hemen sonra elde edilen verilerin yazılı çözümü yapılmıştır. Elde edilen veriler için içerik analizi kullanılmıştır. Analiz, tümevarımcı yaklaşım ile yapılandırılmış ve konuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması; görüşmenin çözümlendiği metnin alt amaçlarına göre kodlanıp gruplandırılması yapılmıştır.²⁰ Kategoriler ve alt kategoriler, ham verilere ve teorik çerçeveye göre düzenlenmiştir. Tüm araştırmacılar, birbirinden bağımsız olarak kodları atmıştır. Bulgular, fikir birliğine varılıncaya kadar düzenlenen toplantılarda araştırma ekibi tarafından karşılaştırılmış ve tartışılmıştır.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma öncesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (KAEEK-32, 8.1.2020) ve araştırmanın uygulandığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışmadan istedikleri zaman çekilme hakkına sahip oldukları söylenen katılımcılardan, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma süresince Dünya Tıp Birliği Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uyulmuştur.

GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Nitel araştırmalarda Lincoln ve Guba, nitel çalışmalarda geçerlik ve güvenilirlik için inandırıcılık, aktarılabirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirlik kriterlerinin aranması gerektiğini belirtmişlerdir.²¹ İnandırıcılık için nitel araştırma yöntemleri konusunda uzmanlaşmış bir uzman, araştırma öncesi araştırma sorularını ve araştırma sonrası bulgular ve araştırmanın raporlanmasında araştırmayı incelemiştir. Hastalarla görüşme yapan araştırmacı, alanda doktora derecesine sahiptir. Katılımcılara aydınlatılmış onamın imzalatılması ile katılımcılarla karşılıklı güven ilişkisi sağlanmıştır. Tutarlılığı artırmak için bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Görüşmede elde edilen veriler üzerinde nitel araştırma konusunda deneyimli araştırmacılar ayrı

ayrı kodlamalar yapmıştır. Kodlayıcılar arası uyumu değerlendirmek için 2 kodlayıcı tarafından kodlar karşılaştırılmış, kodlar konusunda tutarsızlıklar tartışılarak görüş birliğine varılmıştır. Teyit edilebilirlik için araştırmada oluşturulan temalar ve kodlar, araştırmacılar tarafından bağımsız olarak yapılmıştır. Ayrıca görüşmelerin, belgelerin ve katılımcı gözlemlerinin kayıtları, dış güvenilirlik için saklanmıştır. Aktarılabirlik için örneklem seçiminde öncelikle örnekleme alım kriterleri belirlenmiş ve hastaların görüş ve deneyimlerini elde etmek için gönüllülüğe dayalı amaçlı bir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca araştırmanın raporlanmasında, kalitatif araştırmaları raporlama kontrol listesi kullanılmıştır.²²

BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmaya 15 hasta katılmıştır. Katılımcıların 5'i kadın, 10'u erkek olup; 12 katılımcı evlidir. Katılımcıların yaşı 42-73 arasında değişmekte, ortalaması 65±7,80 idi. Katılımcıların tanı alma süresi 3 ay-20 yıl arasında değişmektedir. Katılımcılara ait bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

ROY UYUM MODELİ

Roy Uyum Modeli çerçevesinde uyarınlar, baş etme, fizyolojik alan, benlik alanı, rol fonksiyon alanı, karşılıklı bağıllık alanı olmak üzere 6 kategori ve 14 alt kategoriden oluşmaktadır (Tablo 3).

KATEGORİ: UYARANLAR

Bu kategoride, katılımcıların çevresel uyarın olan KY'nin algılanmasına ve hastalığın ortaya çıkışına ilişkin inançları verilmiştir.

Alt kategori 1: Yaşam tarzı

Bu alt kategoride hastalar KY'yi kötü, büyük bir hastalık, hayatı idame ettirmeyi zorlayan, bilinmediği için korkulan, yüzü soğuk bir hastalık olarak tanımlamışlardır. Hastaların, KY'nin ortaya çıkışına ve ilerlemesine katkı sağlayan faktörleri "sigara, alkol, stres beslenme ve egzersiz" gibi yaşam tarzına ilişkin faktörler olarak tanımladıkları görülmektedir. "Ben çok üzüntü çektim işte dolunca da şimdi böyle taşıyor." P5. "...sigara içmeyin der-

TABLO 2: Katılımcıların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri.

Özellikler	n
Cinsiyet	
Kadın	5
Erkek	10
Yaş ortalaması (SS)	Minimum: 42, maksimum: 73
Ortalama: 65±7,80	
Medeni durum	
Evli	12
Bekâr	3
Eğitim durumu	
Okuryazar değil	1
İlkokul	11
Lise	3
Aile tipi	
Çekirdek aile	11
Geniş	2
Yalnız	2
Çalışma durumu	
Çalışıyor	1
Çalışmıyor	14
Hastalık süresi	Minimum: 3 ay, maksimum: 20 yıl
Ejeksiyon fraksiyonu	Minimum: %20, maksimum: %56
Kronik hastalık varlığı	
Var	9
Yok	6
Kronik hastalık türü	
Diyabet	6
Hipertansiyon	3
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1
Sigara	
Evet	1
Hayır	4
Bırakmış	10
Alkol	
Evet	-
Hayır	12
Bırakmış	3

SS: Standart sapma.

lerdi, ...dinlemedik ama belirli bir yaştan sonra bunun çok etkisi olduğunun farkına vardım ama iş isten geçmiş oldu.” P4. Bazı hastalar ise hastalığın ortaya çıkışına ve ilerlemesine katkı sağlayan faktörleri, çalışma ortamında yaşadığı zorluklar olarak ifade etmiştir.

KATEGORİ: BAŞ ETME

Bu kategoride, katılımcıların hastalıkla baş etmesinde “yaşananlarda manevi bir anlam arama”, “profesyonel destek”, geleceğe yönelik belirsizlik ile “sadece anı yaşama” ve “durumu kabullenme” alt kategorileri verilmiştir.

Alt kategori 1: Yaşananlarda manevi bir anlam arama

Hastaların çoğu, kendisine olanların anlamını manevi olarak tanımlamıştır. “Allah ne dediyse o olacak yapacak bir şey yok.” P5. “Allah yürütmek istemiyor.” P13. Hastalık ve hastalığa bağlı yaşanan semptomlar karşısında hastaların sabırlı olma ve hastalığın ortaya çıkardığı sınırlamaları kabul etmede kâderci davrandığı, ilahi güce sığınarak yaşamlarını devam ettirdiklerini belirtmişlerdir. “Başta hastalığı kabullenmek, yani Allahtan gelen bir şey... Sadece şükrediyoruz... Onunla yaşamayı öğrenmeyi öneririm.” P1.

Alt kategori 2: Profesyonel destek

Hastalar, semptomlarda artış yaşamaları durumunda profesyonel desteğe ihtiyaç duyduklarını ve bu nedenle hastaneye geldiklerini, KY’ye bağlı yaşanan semptomları azaltmada ilaçlarını düzenli kullandıklarını ifade etti. “Bir ilaç, bu nefes için...” P5. “Baş etmek için mücadele ediyorum, hastaneye başvuruyorum, benim derdimi anlatacak kimim var?” P6. Bazı hastalar, semptomlarının azalması için bu süreçte “pacemaker” takılmasını kabul ettiklerini belirttiler. “Pili de taksınlar, bir an önce olsun ki hastalık ilerlemesin.” P8. Hastalar, sağlık personelinin kendilerine tıbbi tedavi ile birlikte psikososyal destek sağladığını, korkularının azaldığını ve kendilerini güvende hissettiklerini de belirttiler. “Hastanede doktorlar, hemşireler benim moralimi biraz düzeltti.” P8. Ayrıca hastalar, sağlık ekibinden duydukları memnuniyeti belirttiler.

Alt kategori 3: Geleceğe yönelik belirsizlik ile “sadece anı yaşama”

Hastalar, hastalık sürecinde semptomların aniden ortaya çıkması, beklenmedik şekilde ilerlemesi ve tekrarlaması nedeniyle belirsizlik yaşadığını belirtmektedir. “Beklemediğim bir şeyle karşılaştım.” P9. “Bu saatten sonra ben hiçbir şey beklemiyorum, anca ne gelir onu bekliyorum.” P11. Hastalar, ayrıca

TABLO 3: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda uyum: Kategori ve alt kategoriler.

Uyarılar	Baş etme	Fizyolojik alan	Benlik alanı	Rol fonksiyon alanı	Karşılıklı bağımlık alanı
-Yaşam tarzı	- Yaşananlarda manevi bir anlam arama	- Fiziksel sınırlama	- Yeni bir benlik	- Rollerin değişimi	- Sosyal izolasyon
	- Profesyonel destek	- Günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma	- Bağımsızlık ve kontrol kaybı		- Sosyal destek
	- Geleceğe yönelik belirsizlik ile "sadece anı yaşama"		- Öz yeterlikte etkilenme		
	- Durumu kabullenme		- Sınırlı yaşam beklentisi ve ölüme yaklaşma		

yaşadıkları semptomların artması ile birlikte dünya ile ilişkilerini kestiğini, hayattan vazgeçtiklerini, sürekli olarak hastalığı ve hastalığa bağlı yaşadığı semptomlarla ilgilendiğini belirtti. "*Hep hastalıkla ilgileniyorum, ...dünyaya hiç bakışım kalmadı.*" P10. Hastalığın ortaya çıkardığı semptomlarla çok fazla ilgilendiğini belirten hastalar, artık geleceğe yönelik hayal kurmadığını, gelecekte beklenenleri olmadığını ifade etti. "*Geleceğim mi var bilmiyorum, geleceğim mi var?*" P5. Bazı hastalar, gelecek planlarını fiziksel iyiliklerine bağlı olarak planladıklarını belirtti. "*Ben bir yürüsem, o zaman mutlu hissederim kendimi.*" P2. Çoğu hasta hastalıklarının seyri ve ölme olasılığı nedeniyle geleceklerini düşünmekte güçlük çektiklerini ve bu nedenle "*sadece anı yaşama*" tutumu içinde olduğunu belirtti. "*Öyle planım yok, her şey günlük planlar.*" P12.

Alt kategori 4: Durumu kabullenme

Hastaların çoğu, yaşamlarını devam ettirmek için hastalığın ve semptomların ortaya çıkardığı sınırlılıkları kabul ettiğini ve günlük yaşamlarına bu şekilde devam edebildiklerini belirtmektedir. "*Başta hastalığı kabullenmek... Ve onunla yaşamayı öğrenmek...*" P1. Durumu kabullenmede manevi değerler de oldukça ön plandaydı. "*Her şey Allah'tan, Allah'tan gelen her şey güzeldir.*" P12. Genç-yaşlı hastalarda yaş faktörü de durumu kabullenmede önemliydi. "*Vücut eskiyor, ya makine nasıl eskiyor, ...yaşadığımızı şükür ediyoruz.*" P13. "*Belki de artık yaş dolayısıyla normal.*" P9. Bazı hastalar, yaşla birlikte hastalığın olumlu yönlerini gördüğünü de ifade etti. "*İhtiyarlığın da güzel bir şey olduğunun idrakine vardım.*" P4. Durumu kabullenen hastalar, bu süreçte kendilerini oyalamak için bulmaca çözmeye, gazete

okuma, oyun oynama gibi çeşitli etkinlikler yaptıklarını ifade ettiler.

KATEGORİ: FİZYOLOJİK ALAN

KY, birden fazla belirtiyeye neden olan ve günlük aktiviteleri sınırlayan birçok fizyolojik değişiklik yaratmaktadır.

Alt kategori 1: Fiziksel sınırlama

Hastaların büyük bir çoğunluğu, nefes almada zorlandıklarını belirtti. "*Nefesimi azıcık artırın.*" P4. "*Kıpırdayıverdim mi hemen nefes alamıyorum, tek düşündüğüm o.*" P7. Nefes alamama nedeniyle uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluklar yaşadıklarını eklediler. "*Gece buradan bir şey tutuyor, nefes kapanyor, kalkıyorum durulmaz, yatıyorum yatılmaz.*" P5. Ayrıca hastalar, KY nedeniyle vücut hareketlerinin yavaşladığını, hareketsizleştiklerini, hâlsizlik ve güçsüzlük yaşadıklarını ve sonuçta ayağa kalkıp yürümede zorlandıklarını, sık sık bedenlerini dinlendirme ihtiyacı hissettiklerini belirttiler. "*10 adım-20 adım attın mıydı, olduğun yerde kalıyorsun bir 10 dk dinleniyorsun, o kadar daha gidiyorsun.*" P11. Bu semptomlara ek olarak bazı hastalar bacaklarda ödem, karında asit, iştahsızlık, kilo kaybı yaşadığını belirtti.

Alt kategori 2: Günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma

Hastalar, yaşadıkları nefes darlığı, güçsüzlük, hareketlerde yavaşlama nedeniyle giyinme, beslenme, ev içinde hareket etme gibi sıradan şeyleri yapmak istediklerini fakat hastalık semptomları nedeniyle aktivitelerini gerçekleştirmede zorlandığını belirtti. "*Merdivenleri rahat inip çıksam, tuvalete*

kendim gitsem... Ama o gücü bulamadım.” P9. “Nefesim böyle olduktan sonra gözümde büyüyor yapacağım iş, gözümde büyüyor atacağım adımlar, gözümde büyüyor yiyeceğim yemek, yani her şey bana bir problemmiş gibi geliyor.” P4.

KATEGORİ: BENLİK ALANI

Bu kategoride, katılımcıların hastalık sonrası benliklerinde yaşanan değişiklikler; “yeni bir benlik”, “bağımsızlık ve kontrol kaybı”, “öz yeterlikte etkilenme” ve “sınırlı yaşam beklentisi ve ölüme yaklaşma” alt kategorileri ile verilmiştir.

Alt kategori 1: Yeni bir benlik

Hastalar, KY sonrası beden imajı ve görünümünde değişiklik yaşadığını, artık eskisi gibi olmadıklarını, hastalıkla birlikte bedenlerinde kayıplar olduğunu ifade ettiler. *“Eskisi gibi görmüyorum, yürüyemeyen, sakat birini görüyorum...” P10.* Hastalığın sadece bedensel değil, duyu ve düşüncelerin de değişikliklere neden olduğunu ifade ettiler. *“Kalp hastalığı vücudumdan gücüm-den, dolayısıyla da düşüncemden birçok şeyi götürdü.” P4. “Sinir oluyorsun, sabır etmiyorsun, tahammül etmiyorsun... Ben kimseye karşılık vermeyen bir insandım.” P5.* Bazı hastalar, yaşadığı semptomlar nedeniyle sadece kendilerini düşünmek zorunda kaldıklarını belirtti. *“Çocuğunuzun kıymetini bilemiyorsunuz, torununuzun kıymetini bilemiyorsunuz, hep kendinizi düşünüyorsunuz.” P13.* Oluşturulan yeni benlik içerisinde hastalar daha çok semptomlara odaklandığını belirtti. *“Valla ben dünyadan vazgeçmiş hâldeyim, o kadar daraltıyor beni, hiçbir şey düşünemiyorum yani sadece şu nefesi iyi bir alayım onu istiyorum.” P11.*

Alt kategori 2: Bağımsızlık ve kontrol kaybı

Hastalar nefes darlığı, güçsüzlük, hareketlerde yavaşlama gibi günlük aktivitelerinde sınırlamalar yaşaması ve güçten düşmesi nedeniyle başkasına bağımlı hâle geldiğini veya bunun endişesini yaşadığını belirtti. *“Birisinin seni elinden tutup da lavaboya götürmesi ve hatta banyo yaparken, çamaşırlarımı giydiğimde, işte o beni çok etkiliyor...” P8. “Biraz muhtaç duruma düşüyorsunuz, sinirlerim bozuldu bozuluyor.” P9.* Ayrıca beslenme, ilaç kullanımı gibi yaşam tarzı değişikliklerinin de bağımsızlıklarını et-

kilediğini belirttiler. *“Her şeyi yiyip içemiyorsun, her şey kısıtlı, her şey saatinde, ilaçları saati saatine kullanmak zorundasın.” P3.* Hastalıkla birlikte bazı hastalar, sadece fiziksel olarak değil, karar verme aşamasında da otonomilerini kaybettiğini belirttiler. *“Yani eskiden birçok şeye ben karar verirken, şimdi çocuklar karar veriyor.” P9.*

Alt kategori 3: Öz yeterlikte etkilenme

Hastalar yaşadıkları nefes darlığı, yürümede zorlanma ve yorgunluk gibi fizyolojik değişiklikler ve benlik algılarındaki değişiklikler nedeniyle güçsüzlük ve yetersizlik hissettiğini belirtmiştir.

“Yetersiz hissediyorum devamlı, her şeye yetersiz, hani yapmak istediğim şeyleri yapmıyorum, yapamıyorum, yani benden istenen şeyleri karşılamıyorum.” P1. Hastalar, özellikle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda öz yeterliğinin etkilendiğini ifade ettiler. *“...gözümde büyüyor yapacağım iş, gözümde büyüyor atacağım adımlar...” P4. “Ben çok çalışkan bir insanım, çok hareketli bir insanım... Şu anda hiçbir şey yapamıyorum.” P12.* Ayrıca hastalar, geleceğe yönelik yapmak istedikleri şeyleri yapma konularında yaşadıkları yetersizlikleri *“Yani ben daha böyle ummazdım, daha işe yarayacağımı sanıyordum. P9”* ve çaresizlik *“Yapacak bir şey olmuyor çaresiz kalıyorsun. P5”* diye ifade ettiler.

Alt kategori 4: Sınırlı yaşam beklentisi ve ölüme yaklaşma

Hastalar, KY’ye ilişkin belirsizlik ve semptomlar nedeniyle yaşam ile ölüm sınırında olduğunu ve ölüme kendilerini daha yakın hissettiklerini belirttiler. *“Şimdiden sonra yaşayacağımı bile çok az düşünüyorum, ...uykuda öyle kalacağım aklıma geliyor.” P5. “Yaşamın sonuna geldik diye düşündüm.” P8. “Çünkü ilk önce sen öleceksin yani belli (ağlıyor).” P13.* Bazı hastalar, ölüme yönelik bir korku yaşadığını belirtirken, bazıları ölmenin belki kendileri için bir kurtuluş olacağını ifade ettiler. *“Ölsem belki bir kurtuluş bir çaredir.” P3.* Ayrıca bazı hastalar, ölümü doğal bir son olarak gördüklerini ifade ettiler. *“Hayat nasıl bir gerçek ise ölüm de gerçek, ...ölüme her canlının sonu olduğu gibi benim de sonum olacağını idrakine vararak biraz daha temkinli yaşamaya gayret ettim.” P4.*

KATEGORİ: ROL FONKSİYON ALANI

Bu kategoride, katılımcıların hastalık sonrası aile ve işlerinde yaşadığı rol değişiklikleri “rollerin değişimi” alt kategorisi ile verilmiştir.

Alt kategori 1: Rollerin değişimi

Hastalar, KY ile birlikte daha çok semptomlarıyla başa çıkmaya çalıştıklarını ve bu süreçte de aile yaşamlarında değişiklik olduğunu belirtti. Özellikle nefes darlığı yaşamaları nedeniyle ev içindeki işlerini ve dışarıya çıkıp alışveriş yapmakta zorlandıklarını ifade ettiler. “*Evimin işlerine uğraşamıyorum, yap-sam da çok zor yapıyorum, ...yaptım diyelim, 2-3 gün yataktan kalkamıyorum.*” P1. Çalışan hastalar, semptomlar nedeniyle çalışmadıklarını ifade ettiler. “*Çalışıyordum artık çalışmıyorum*” P3. Çalışmayan hastalar, bu süreçte maddi olarak etkilendiklerini belirtti. “*Maddiyat bakımından beni sıkıntıya düşürdü, bir daha işime döner miyim, dönmez miyim...*” P8. Hobileri olan hastalar, onlardan da uzak kaldığını belirtti.

KATEGORİ: KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANI

Bu kategoride KY hastalarının yaşadığı yalnızlık hali ve kısıtlı sosyal hayat “sosyal izolasyon” yaşadığı fizyolojik, benlik ve rol fonksiyon alanlarında yaşadığı değişiklikler “sosyal destek” alt kategorisi ile verilmiştir.

Alt kategori 1: Sosyal izolasyon

Hastalar, yaşadıkları semptomlar nedeniyle yürüyemediğini “*Artık yürümem iyice etkilendiği için evden çıkmamaya başladım.*” P7”, dışarıya çıkamadığını “*Yürürken yürüyemez hâle geldim, yani evde kaldım... P8*” ve arkadaşları ve akrabaları ile sınırlı bir sosyal hayat yaşadıklarını “*Hiç yürüyemiyorum, bir yere gidemiyorum, bir komşuya gidemiyorum, nefes alamıyorum... P10*” belirttiler.

Alt kategori 2: Sosyal destek

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, günlük aktivitelerini yerine getirmede ve duygusal olarak eş ve çocuklarının desteği aldığını belirtti. “*Ailem, özellikle hanımım, işi gücü rast gelsin, beni benden çok düşünerek benimle çok ilgilendi, çocuklarım ilgilendi, ...her yönden bana yardımcı oldu ailem.*” P4. Bazı hastalar, yakın çevrelerinin desteği ile kendilerini mutlu hissettiğini ifade etti. Evli olmayan hastaların

bu süreçte kendilerini yalnız hissettiğini ifade etti. “*Hiçbir şey getiren olmuyor, her şeyi kendim yapıyorum, onu da yapınca açken tok oluyorum yiyemiyorum, yoruluyorum.*” P15. Ayrıca eş ve çocuklarından destek alan hastaların bazıları onlara yükledikleri yük nedeniyle endişe ve suçluluk duygusu içerisinde olduğunu belirtti.

TARTIŞMA

KY tanısı alan bireylerin yaşam deneyimlerini derinlemesine inceleyen literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır.^{14,19} Bu kalitatif çalışma, Roy Uyum Modeli’nin temellendirilmesi ve bulguların teori temelli uyum alanları doğrultusunda ortaya çıkarılması açısından literatüre yenilikler getirmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, KY olan bireylerin öne çıkan sorunlara odaklanma ve çözüm önerileri ile uyumunun sağlanmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastalığın ortaya çıkışına ve ilerlemesine katkı sağlayan faktörleri, katılımcıların yaşam tarzı ile ilişkili faktörler ve çalışma ortamında yaşanan zorluklar olarak ifade ettikleri görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, KY semptomlarının ortaya çıkmasında birden fazla neden olduğu, bazı nedenlerin hastalar tarafından bilindiği ama yine de hastalığın ve semptomların ortaya çıkışında belirsizliğin de mevcut olduğu belirtilmiştir.²³ Cottrell ve ark.nın yaptığı çalışmada, hastaların hastalığa uyum sağlamasında ilaç kullanımı ve egzersiz yapmanın kalbe faydalı olduğu inancı içinde olduklarını belirtmiştir.¹⁰ Bireyler tarafından hastalık algısı ve hastalığın ortaya çıkışındaki etkene yönelik inançlar, semptom yönetimi açısından da önemli görülmektedir.^{10,23} Bu doğrultuda hastalık sürecine yönelik tanının alınmasından itibaren yapılan düzenli bilgi aktarımı, hasta takip sisteminin olmasının hastalığa yönelik belirsizlikleri ortadan kaldıracı olarak düşünülmektedir.

Baş etme, Roy Uyum Modeli’ne göre uyumun sağlanmasında önemli etkenlerden biridir.¹³ KY sonrası yaşamın normal seyrinde düzensizlik, değişiklik ve bireylerde kontrol kaybı ile birlikte şok durumu oluşabilmektedir.^{24,25} Hastalar, hastalık tanısı aldıktan sonra genellikle başına gelenin anlamını bulma gereksinimi içerisinde.¹⁴ Bu çalışma ile manevi-yatın hastalığı anlamlandırmada önemli bir boyut ol-

duğu, hastalığın kabulünde maneviyat ve yaş faktörlerinin etkili olduğu ortaya çıkarılmıştır. Yapılan bir çalışmada, KY’de maneviyatın, hastalığın gerçekliğini ve aşamalarını kabul etmede sabır ve hoşgörü sağladığı gösterilmiştir.²⁶ Bununla birlikte baş etme sürecinde, hastalığın ortaya çıkardığı sınırlamaların kabul edilmesi de önemli görülmektedir. Bu durum, hastaların bakış açılarını ve duygularını değiştirmelerine yardımcı olmakta ve kayıplarını fark etmelerini sağlamaktadır.^{27,28} Bu doğrultuda hastaların manevi duygularını yaşamalarına ve dile getirmelerine olanak tanınmanın, profesyonel desteğin önemli olduğunun farkında olarak hemşirelik uygulamalarını planlamanın önemli olduğu düşünülmektedir.

KY’ye uyumda, bireyin fiziksel boyutunun etkisi oldukça önemlidir.¹⁵⁻¹⁷ Fiziksel boyut hastaların benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı bağıllık alanlarında etkilenmenin de kaynağını temsil etmektedir.¹⁴ Bu çalışmada, KY sonrası bireylerin birden fazla fiziksel semptom nedeniyle fiziksel aktivite kısıtlılığı ve günlük yaşam aktivitelerinde sınırlanma gibi fizyolojik değişiklik yaşadığı ortaya çıkarılmıştır. KY semptomlarıyla yaşamının günlük rutinler üzerindeki etkileri, çeşitli çalışmalarda da ortaya çıkarılmıştır.²⁹ KY’de ödem, yorgunluk ve dispne gibi fizyolojik değişiklikler nedeniyle hastaların günlük aktivitelerinin sınırlandığı Olano-Lizarraga ve ark. tarafından yapılan bir sistematik derlemede belirtilmiştir.¹⁴

Çalışmamızda, hastalar benlik alanıyla ilgili beden imajı ve görünümünde, duygu ve düşüncelerinde yaşadıkları çeşitli değişiklikler nedeniyle yeni bir kimlik, “yeni bir benlik” edinme sürecinden geçtiğini belirtmiştir. Hastanın, KY ile yaşama deneyimlerini anlamayı, yeni bir kimlik edinmesini ve bunun öz bakım davranışları üzerindeki etkisini araştıran literatür sınırlıdır.³⁰ Hastalar, sadece yaşadıkları semptomlardan değil, aynı zamanda yaşamlarını etkileyen ve dikkate alınması gereken kişisel, çevresel ve sosyal faktörler nedeniyle de yaşamlarında çeşitli sınırlılıklar yaşamaktadır.³¹ Hastalığa bağlı yaşanan sınırlılıklar hastaların depresyon, anksiyete, korku, umutsuzluk, kayıp, yalnızlık, hayal kırıklığı, suçluluk, değersizlik ve öfke yaşamalarına neden olabilmektedir.¹⁴ KY’nin benlik üzerindeki etkisi, hastaların yaşadığı yeni koşullara verilen anlam ve yeni rollerin gelişimi ile ilgili görülmektedir.¹⁴ Ay-

rica bireylerin yeni benlik duygusuna uyum sağlamadaki başarıları veya başarısızlıkları, öz bakım davranışları üzerinde etkili olabilmektedir.³²

Çalışmamızda, hastaların sınırlı yaşam beklentisi içerisinde olduğu, bağımsızlık kaybı ve öz yeterlikte azalma duygusu yaşadığı ortaya çıkarılmıştır. Yapılan bazı araştırmalarda da hastalar, kötü prognozlarının ve sınırlı yaşam beklentilerinin farkında olduğunu belirtmiştir.^{15,33} Hastaların sınırlı yaşam beklentisi içinde olması ve çeşitli kısıtlamalar yaşamalarının, öz yeterlik duygusunun azalmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Hastaların bakımına katılmasını teşvik eden bakım ortamlarının yaratılması, kişisel tercihlere ve özerkliğe saygı duyulması, deneyim ve duygu alışverişinin sağlanmasının; KY’nin psikolojik etkilerini iyileştirmede, baş etmeyi ve öz yeterliği güçlendirmede etkili olacağı öngörülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların KY sonrası rol fonksiyon ve karşılıklı bağıllık alanlarındaki değişim, literatürle paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda da KY hastalarında, yalnızlık ve kısıtlı bir sosyal hayatın varlığı belirtilmiştir.²⁴ Jankowska-Polańska ve ark., yalnızlığın, uyum düzeyini etkileyen en güçlü belirleyicilerden biri olduğunu göstermiştir.³⁴ Fry ve ark. ise hastaların, aile desteğinin önemini vurguladığını ancak yakınlarına hastalık sürecinde yük olmaktan endişe duyduklarını göstermiştir.²⁹ Hastaların bakımına aile üyelerinin dâhil edilmesi, KY’nin rol fonksiyon ve karşılıklı bağıllık alanlarındaki etkilenmenin azaltılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu sınırlılıklar arasında çalışmanın tek merkezli olması, katılımcıların semptom yaşayarak hastaneye yatışı yapılan hastalar üzerinde yapılmış olması yer almaktadır.

SONUÇ

Bu çalışma sonuçları, KY tanısı alan bireylerin yaşam deneyimlerini Roy Uyum Modeli’ne temellendirerek incelemiş ve modelde yer alan uyaranlar, baş etme, fiziksel, benlik, rol fonksiyon ve bağıllık alanlarında ortaya çıkan değişiklikleri göstermiştir. Bu doğrultuda çalışma sonuçlarının; bakımın planlanması, hastaların gereksinimi olan eğitimlerin verilmesi, gerekli

profesyonel ve sosyal desteğin sağlanmasında, grup temelli danışma gruplarının ve düzenli takip programlarının planlanmasında önemli katkılarda bulunabileceği ön görülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, öne çıkan sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerini planlama ve uygulamada katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyesi veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Selma Turan Kavradım; **Tasarım:** Selma Turan Kavradım, Zeynep Canlı Özer; **Denetleme/Danışmanlık:** Selma Turan Kavradım, Zeynep Canlı Özer; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Selma Turan Kavradım; **Analiz ve/veya Yorum:** Selma Turan Kavradım, Zeynep Canlı Özer; **Kaynak Taraması:** Selma Turan Kavradım; **Makalenin Yazımı:** Selma Turan Kavradım; **Eleştirel İnceleme:** Selma Turan Kavradım, Zeynep Canlı Özer.

KAYNAKLAR

- Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Card Fail Rev.* 2017;3(1):7-11. [PubMed] [PMC]
- Değertekin M, Erol C, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, et al. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması [Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study]. *Türk Kardiyol Dem Ars.* 2012;40(4):298-308. Turkish. [Crossref] [PubMed]
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al; ESC Scientific Document Group. 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. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129-200. Erratum in: *Eur Heart J.* 2016. [Crossref] [PubMed]
- Ziaeiyan B, Fonarow GC. The prevention of hospital readmissions in heart failure. *Prog Cardiovasc Dis.* 2016;58(4):379-85. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Alpert CM, Smith MA, Hummel SL, Hummel EK. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. *Heart Fail Rev.* 2017;22(1):25-39. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano JM, Parissis J, Fedele F, et al. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *Int J Cardiol.* 2015;191:256-64. [Crossref] [PubMed]
- Shariatpanahi S, Ashghali Farahani M, Rafii F, Rassouli M, Kavousi A. Designing and testing a treatment adherence model based on the roy adaptation model in patients with heart failure: protocol for a mixed methods study. *JMIR Res Protoc.* 2019;8(7):e13317. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Gençöz F. Uyum psikolojisi [Psychology of adjustment]. *Kriz Dergisi.* 1998;6(2):1-7. [Link]
- Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs.* 2008;61(6):596-608. [Crossref] [PubMed]
- Cottrell WN, Denaro CP, Emmerton L. Exploring beliefs about heart failure treatment in adherent and nonadherent patients: use of the repertory grid technique. *Patient Prefer Adherence.* 2013;7:141-50. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Mansouri A, Baraz S, Elahi N, Malehi AS, Saberipour B. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Jpn J Nurs Sci.* 2019;16(4):459-467. [Crossref] [PubMed]
- Wang X, Tang L, Howell D, Zhang Q, Qiu R, Zhang H, et al. Theory-guided interventions for Chinese patients to adapt to heart failure: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Sci.* 2020;7(4):391-400. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Roy C, Whetsell MV, Frederickson K. The Roy adaptation model and research. *Nurs Sci Q.* 2009;22(3):209-11. [Crossref] [PubMed]
- Olano-Lizarraga M, Orovigoicoechea C, Errasti-Ibarrondo B, Saracibar-Razquin M. The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature. *J Clin Nurs.* 2016;25(17-18):2413-29. [Crossref] [PubMed]
- Allen JW, Arslanian-Engoren C, Lynch-Sauer J. The lived experience of middle-aged women with New York Heart Association class III heart failure: a pilot study. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2009;24(3):96-101. [Crossref] [PubMed]
- Rodriguez KL, Appelt CJ, Switzer GE, Sonel AF, Arnold RM. "They diagnosed bad heart": a qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart Lung.* 2008;37(4):257-65. [Crossref] [PubMed]
- Seah AC, Tan KK, Huang Gan JC, Wang W. Experiences of patients living with heart failure: a descriptive qualitative study. *J Transcult Nurs.* 2016;27(4):392-9. [Crossref] [PubMed]
- Nordfonn OK, Morken IM, Bru LE, Husebø AML. Patients' experience with heart failure treatment and self-care-A qualitative study exploring the burden of treatment. *J Clin Nurs.* 2019;28(9-10):1782-93. [Crossref] [PubMed]
- Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:77. [Crossref] [PubMed] [PMC]

20. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29-34. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
21. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. 1st ed. Newbury Park, CA: Sage Publications. 1985.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
23. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Grudnowski S, Kim J, Turrise S. Patients' beliefs about causes and consequences of heart failure symptoms. *West J Nurs Res*. 2019;41(11):1623-41. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
24. Hopp FP, Thornton N, Martin L. The lived experience of heart failure at the end of life: a systematic literature review. *Health Soc Work*. 2010;35(2):109-17. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
25. Nordgren L, Asp M, Fagerberg I. Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qual Health Res*. 2007;17(1):4-13. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
26. Mangolian Shahrababaki P, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. Spirituality: a panacea for patients coping with heart failure. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017;5(1):38-48. [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
27. Costello JA, Boblin S. What is the experience of men and women with congestive heart failure? *Can J Cardiovasc Nurs*. 2004;14(3):9-20. [[PubMed](#)]
28. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns*. 2002;46(4):287-95. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
29. Fry M, McLachlan S, Purdy S, Sanders T, Kadam UT, Chew-Graham CA. The implications of living with heart failure; the impact on everyday life, family support, co-morbidities and access to healthcare: a secondary qualitative analysis. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):139. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
30. Van Bulck L, Goossens E, Luyckx K, Oris L, Apers S, Moons P. Illness identity: a novel predictor for healthcare use in adults with congenital heart disease. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(11):e008723. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
31. Pihl E, Fridlund B, Mårtensson J. Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(1):3-11. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
32. Welstand J, Carson A, Rutherford P. Living with heart failure: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(10):1374-85. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
33. Ryan M, Farrelly M. Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009;8(3):223-31. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
34. Jankowska-Polańska B, Świętoniowska-Lonc N, Sławuta A, Krówczyńska D, Dudek K, Mazur G. Patient-Reported Compliance in older age patients with chronic heart failure. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231076. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]