

# Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Yalnızlık Algısı Düzeyi ile Öz bakım Davranışları Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı ve Kesitsel Araştırma

## The Correlation Between the Level of Loneliness Perception and Self-Care Behaviors in Individuals with Heart Failure: A Descriptive and Cross-Sectional Study

<sup>1</sup> Vacide AŞIK ÖZDEMİR<sup>a</sup>, <sup>2</sup> Yağmur AKBAL DEMİRCİ<sup>a</sup>, <sup>3</sup> Zeynep PEHLİVAN KÖKSAL<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Rize, Türkiye

Bu çalışma, 8. Uluslararası 19. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde (25-28 Eylül 2024, Ankara) sözlü olarak sunulmuştur.

**ÖZET Amaç:** Bu çalışmada amaç, kalp yetersizliği olan bireylerde yalnızlık algısı düzeyi ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatan ya da kardiyoloji polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan bireyler ile yürütüldü. Bu kapsamda araştırma Nisan 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında, araştırma kriterlerine uyan 151 katılımcı ile tamamlandı. Verilerin elde edilmesinde "Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Yalnızlık Ölçeği" ve "Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12" kullanıldı. **Bulgular:** Katılımcıların yalnızlık algısının orta derecenin altında olduğu, %33,8'inin öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu belirlendi. Gelir düzeyi düşük olan, aile desteğini yeterli bulmayan ve öz-bakımını gerçekleştirmede zorluk yaşayan bireylerin Yalnızlık Ölçeği puan ortancası yüksek bulundu. Ayrıca Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 puanı ile çocuk sayısı ile arasında pozitif ( $r=0,275$ ;  $p=0,002$ ), ilaç sayısı ile negatif ( $r=-0,170$ ;  $p=-0,037$ ) bir ilişki bulundu. Yalnızlık Ölçeği ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). **Sonuç:** Bu araştırma, kalp yetersizliği olan bireylerin yalnızlık algısının çok yüksek olmadığını ve çoğunun öz bakım davranışlarına uyumunun yeterli olduğunu, yalnızlık algısı düzeyi ile öz bakım davranışları arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Kardiyovasküler sağlığın korunması ve sürdürülebilmesi, hastalık sürecinde öz bakım davranışlarının iyileştirilebilmesi için öznel ve sosyal bağlantılar güçlendirilmeli, fiziksel ve psikososyal destek sağlanmalıdır.

**ABSTRACT Objectives:** The aim of this study was to determine the correlation between the perception of loneliness level and self-care behaviors in individuals with heart failure. **Material and Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with individuals diagnosed with heart failure who were hospitalized in the cardiology clinic of a training and research hospital or who applied to the cardiology outpatient clinic. In this context, the study was completed between April 2023 and April 2024 with 151 participants who met the research criteria. "Introductory Information Form", "Loneliness Scale" and "European Heart Failure Self-Care Behaviors Scale-12" were used to obtain the data. **Results:** The perception of loneliness of the participants was lower than moderate level and 33.8% of them had insufficient self-care behavior. The median scores of the Loneliness Scale was found to be higher in individuals with low-income levels, who did not find family support sufficient and who had difficulty in performing self-care. Additionally, a positive correlation was found between the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale-12 and the number of children ( $r=0.275$ ;  $p=0.002$ ), and a negative correlation between the number of medications ( $r=-0.170$ ;  $p=-0.037$ ). Additionally, no statistically significant correlation was found between the Loneliness Scale and the European Heart Failure Self-Care Behaviors Scale-12 scores ( $p>0.05$ ). **Conclusion:** This study has shown that the perception of loneliness in individuals diagnosed with heart failure is not very high and most of them comply with self-care behaviors, and that there is no correlation between the level of loneliness and self-care behaviors. In order to protect and maintain cardiovascular health and improve self-care behaviors during the disease process, subjective and social connections should be strengthened and physical and psychosocial support should be provided.

**Anahtar Kelimeler:** Kalp yetersizliği; korelasyon; yalnızlık; öz bakım; hemşireler

**Keywords:** Heart failure; correlation; loneliness; self-care; nurses

**KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:**

Aşık Özdemir V, Akbal Demirci Y, Pehlivan Köksal Z. Kalp yetersizliği olan bireylerde yalnızlık algısı düzeyi ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki: Tanımlayıcı ve kesitsel araştırma. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2025;17(1):259-69.

**Correspondence:** Zeynep PEHLİVAN KÖKSAL

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Rize, Türkiye  
**E-mail:** zeynep.pehlivan@erdogan.edu.tr



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

**Received:** 12 Aug 2024

**Received in revised form:** 17 Dec 2024

**Accepted:** 18 Dec 2024

**Available online:** 11 Feb 2025

2146-8893 / Copyright © 2025 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/>).

Kalp yetersizliği (KY); kalbin vücuda gerekli kanı pompalama ile ilgili işlev yetersizliğinin sonucunda, dokuların metabolik ve oksijen ihtiyacını karşılayamamasına yol açan, kalpteki yapısal veya işlevsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda KY, kalbin pompalama aktivitesinin azalması nedeniyle sıvı yüklenmesi veya yetersiz doku perfüzyonu belirtileri ve semptomlarıyla karakterize klinik bir sendrom, bireylerin günlük aktivitelerini kısıtlayan ve yaşam kalitesini düşüren, mortalitesi yüksek kronik bir hastalıktır.<sup>1,2</sup>

KY, dünya çapında 60 milyondan fazla kişiyi etkileyen küresel bir pandemi olarak nitelendirilmektedir.<sup>3</sup> Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan “Türkiye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması” araştırmasının sonuçlarına göre, Türkiye’de 2 milyonun üzerinde insanın KY tanısı aldığı bildirilmektedir.<sup>4</sup> Tedavisinin yaşam boyu devam etmesi ve kompleks bir sendrom olması nedeniyle, hastaneye tekrar yatışlara ve sağlık harcamaları açısından ek maliyetlere neden olan KY, önemli bir halk sağlığı sorunu ve dünya çapında önde gelen ölüm nedenidir.<sup>3,5</sup>

Kronik bir hastalık olan KY ile yaşamak, öz bakımın birlikte zorlu bir tedavi rejimini takip etmeyi gerektirir. KY tedavisinde temel bir unsur olan öz bakım, sağlığı geliştirmek veya iyileştirmek, hastalıkları önlemek veya sınırlamak amacıyla bireylerin üstlendiği faaliyetler olarak tanımlanmaktadır.<sup>6</sup> Öz bakım uygulamaları, KY tanılı bireylerde hasta yönetiminin önemli bir parçasıdır ve hastalığın semptomlarını ve alevlenmesini kontrol altına almak için esastır.

KY tanılı bireyler, ciddi fiziksel kısıtlılık, hızlı ve beklenmedik dekompanseasyon yaşamının yanı sıra, günlük yaşamları üzerinde önemli bir etkisi olan karmaşık tedavi rejimleri, öz bakım davranışları ve yaşam tarzı değişiklikleriyle baş etmek zorundadır.<sup>7</sup> Tüm bunlar bireylerde, sosyal hayata katılma fırsatlarının azalmasına, bunun sonucunda sosyal etkileşimin azalması ile bireylerin yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşamasına yol açar. Yalnızlık ve sosyal izolasyon aynı zamanda, ileri yaş, medeni durum, yaşanılan kişiler, hastalığın evresi, komorbid hastalık öyküsü ve aile desteği alma gibi birçok faktörden de

etkilenmektedir. Bu faktörlerin kişinin yalnızlık ve sosyal boyutu üzerindeki etkisi, depresyon gelişimi, tekrarlı hastane yatışı ve ölüm riski, öz bakım davranışları ve tedaviye uyum üzerinde olumsuz sonuçlar meydana getirebilir.<sup>8</sup>

Son yıllarda yapılan araştırmalarda sosyal izolasyon ve yalnızlığın kardiyovasküler hastalık olayını ve ölüm riskini artırdığı ve sonuçları kötüleştirdiği gösterilmekle birlikte, yalnızlığa daha fazla odaklanmanın, insanların refahını iyileştirmeye ve ölüm riskini azaltmaya yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır.<sup>9,10</sup> Aralarında KY tanısı olan bireylerin de olduğu hem erkek hem de kadın kalp hastalarında yapılan bir araştırmada da yalnız yaşama ve yalnızlık ile bir yıllık ölüm oranı arasında güçlü bir ilişki saptanmış, kalp hastalığı olanlarda yalnızlığın her türlü nedene bağlı ölüm oranını öngördüğü belirtilmiştir.<sup>11</sup> Yaşla birlikte artan sağlık sorunları nedeniyle de bireyler öz bakım gereksinimlerini karşılamada zorluk çekebilmektedir. Literatürde yalnızlığı önlemenin ve/veya sosyal desteğin yaşlı bireylerin öz bakım gücünü artırmada önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir. 965 yaşlı birey ile yürütülen araştırmada sosyal destek ile yalnızlık arasında negatif, sosyal destek ile öz bakım gücü arasında ise pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.<sup>12</sup> Sağlık bakım merkezinde yaş ortalaması 65 olan bireyler ile yürütülen araştırmada, daha fazla yalnızlık ve daha şiddetli sosyal izolasyona sahip yaşlı yetişkinlerin daha zayıf öz bakım yeteneğine sahip olduğu bulunmuştur.<sup>13</sup>

Literatürde yaygın kronik rahatsızlıkları olan kişilerde yalnızlığın azaltılmasının sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğini gösteren araştırmalar bulunmakla birlikte, KY tanılı bireylerde yalnızlık ve öz bakım davranışlarını inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.<sup>13,14</sup> Bu nedenle bu araştırma, KY tanılı bireylerin yalnızlık düzeyi ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

### **Araştırma Sorusu**

- KY olan bireylerde yalnızlık algısı düzeyi ile öz bakım davranışları arasında bir ilişki var mıdır?
- KY olan bireylerin yalnızlık algısı düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
- KY olan bireylerin öz bakım davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

### ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

### ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bir devlet üniversitesine bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde, Nisan 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında Kardiyoloji kliniğinde yatan ya da Kardiyoloji polikliniğine başvuran tüm KY tanılı bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının hesaplamasında; Bayrak ve ark. “Kalp Yetersizliği Hastalarında Öz Bakımı Değerlendirme ve Etkileyen Risk Faktörlerin Belirlenmesi” başlıklı araştırması referans alındı.<sup>15</sup> Araştırmanın örneklem büyüklüğü G. Power V3.1.9.7 (Heinrich Heine University, Dusseldorf, Almanya) kullanılarak korelasyon yaklaşımı ile hesaplandı. Buna göre 2 ölçek arasında Cohen’in orta etki seviyesinde korelasyon olduğu durumda ( $r=0,40$ ,  $r=0,59$  arasında), 0,95 güçte ( $1-\beta$  hata olasılığı) ve birinci tip hata 0,05 ( $\alpha$  hata olasılığı) için ulaşılması gereken en az örneklem büyüklüğü 134 birey olarak belirlenmiştir. Belirtilen tarihler arasında 172 hastaya ulaşılmış fakat 11 hasta çalışmaya katılmak istememesi, 6 hasta ileri yaş grubunda ve işitme sorunu olması ve 4 hasta 18 yaş ve altında olması nedeniyle örneklem dışında bırakılmıştır. Veri toplama tarihleri arasında örneklem kriterlerine uyan 151 hasta dâhil edildi.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- Tıbbi tanısı KY olan,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan,
- Sözlü iletişim kurulabilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerdir.

### VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin elde edilmesinde araştırmacıların oluşturduğu “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ile “Yalnızlık Ölçeği” ve “Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12” kullanılmıştır.<sup>12-14,16-18</sup>

**Tanıtıcı Bilgiler Formu:** Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, boy, kilo,

çalışma durumu, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, evde kiminle yaşadığı, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu) ve KY ile ilgili (kalp yetersizliği tanı süresi, kalp yetersizliği sınıflaması, ek hastalık öyküsü, son 1 yıl içerisinde hastaneye yatma durumu, kullanılan ilaç sayısı, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, ziyaretine gelen kişi varlığı, hastalığı hakkında eğitim alma durumu, aile desteğini yeterli bulma durumu, öz bakımda güçlük yaşama durumu) olmak üzere toplam 27 sorudan oluşmuştur.<sup>12-14</sup>

**Yalnızlık Ölçeği:** Bu ölçek, Çeliklebaş ve Tatar tarafından 2021 yılında geliştirilmiştir. Ölçek ile bireylere düşünce belirten ifadeler sunulmakta ve 3’lü Likert tipte bir derecelendirme ile ölçek üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Ölçeğin 11 maddesi (1,2,4,5,6,8,9,11,12,13,14) düz, 3 maddesi (3,7,10) ters kodlanmakta ve ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. İşaretlenen tüm maddelerin puanları toplanarak, her birey için “genel yalnızlık puanı” hesaplanmaktadır. Her bir maddenin puanlaması 1-3 arasında değiştiği için ölçekten elde edilebilecek minimum puan 14, maksimum puan ise 42’dir. Ölçek skorunun yüksek olması, yalnızlık algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88, bu araştırmada ise 0,69 bulunmuştur.<sup>16</sup>

**Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12:** Ölçek Jaarsma ve ark. tarafından, KY tanılı bireylerde öz bakım davranışlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir.<sup>17</sup> Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Baydemir ve ark. tarafından 2013 yılında yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0,69 bulunmuştur. Bu ölçek KY ile ilişkili ödem, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomları tanımlamanın yanı sıra; bu semptomlara yönelik öz-bakımı değerlendirme aktivitelerini (tedavi, uygulama, kilo ve ödem takibi ile ilgili ilaçların düzenli kullanımı, sıvı ve tuz kısıtlaması, diyet, egzersiz düzenlemesi, sağlık personeliyle iletişim gibi aktiviteler) ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlamasında beşli likert tip kullanılmıştır. Ölçekten alınan minimum puan 12, maksimum puan ise 60’dır. Ölçekten 12 ile 36 puan aralığında alınması öz bakım davranışının yeterli olduğunu, 37 ile 60 puan aralığında alınması ise yetersiz olduğunu göstermektedir.<sup>18</sup> Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,75 bulunmuştur.

## VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, araştırmacı tarafından bireylerin uygun olduğu bir zamanda, ayakta tedavi alanlarda polikliniğin yakınında bir odada, klinikte yatan bireylerde ise yatak başında ve yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılanların kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

## VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 24.0 (IBM Corp, Armonk, NY) paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, sayı ve ortalama, normallik testleri sonucunda 2 gruplu karşılaştırmalarda bağımsız t-testi ve/veya Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi ve/veya Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Verilerin ölçme düzeyine göre ölçekler arasındaki ilişkilerde Pearson korelasyon analizi bakılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı (r) -1 ile +1 arasında bir değer almaktadır. Katsayısının önündeki işaret ilişkinin yönünü belirlemektedir. Korelasyon katsayısı değerinin 0 olması 2 değişken arasındaki doğrusal bir ilişkinin olmadığını, +1 ya da -1 olması ise 2 değişken arasında mükemmel bir doğrusal ilişki olduğunu göstermektedir. Hesaplanan korelasyon (r) değeri;  $r < 0,20$  ve sıfıra yakın değerler ilişkinin olmadığı ya da çok zayıf ilişki,  $0,20-0,39$  arasında ise zayıf ilişki,  $0,40-0,59$  arasında ise orta düzeyde ilişki,  $0,60-0,79$  arasında ise yüksek düzeyde ilişki ve  $0,80-1,00$  arasında ise çok yüksek ilişki olduğu yorumu yapılmaktadır.<sup>19</sup> Sonuçlar için %95 güven aralığı ve anlamlılık seviyesi olarak 0,05 esas alındı ve  $p < 0,05$  olması durumunda farklılığın istatistik açıdan anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

## ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (tarih: 16 Mart 2023, no: 2023/74) ve RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır.

Ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan çalışmada kullanılabilmesi için e-posta yoluyla izin alınmıştır. Ayrıca araştırma kapsamına alınan bireylerin, araştırmanın amacının açıklanma-

sının ardından gönüllülük ve isteklilik ilkeleri doğrultusunda sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır. Araştırma ve yayın sürecinde araştırma ve yayın etiği kurallarına, Helsinki Deklarasyonu prensiplerine ve etik ilkelere uyulmuştur.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $60,1 \pm 18,5$  yıl, çocuk sayısı  $3,7 \pm 1,9$  ve Beden Kitle İndeksi  $27,0 \pm 6,3$ 'tür. Katılımcıların %66,9'u erkek, %82,1'i çalışmamakta, %78,1'i evli, %84,1'i çocuk sahibi, %40,4'ü ilkökul mezunu olup, %56,3'ü sigara, %85,4'ü ise alkol kullanmamaktadır. Sosyodemografik özellikler açısından sadece gelir düzeyinde anlamlılık saptanmış olup; gelir düzeyi az olanların Yalnızlık Ölçeği puan ortancasının, gelir düzeyi eşit ve fazla olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Çocuk sayısı ile Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p < 0,05$ ,  $r = 0,275$ ). Ayrıca yalnız yaşayan bireylerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 1).

Bireylerin klinik özellikleri açısından KY tanısı süresi ortalama  $61,3 \pm 71,6$  ay, ilaç sayısı ortalama  $4,2 \pm 3,1$ 'dir. KY tanısı süresi ile Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, ilaç sayısı ile aralarında negatif yönde ve zayıf anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0,05$ ,  $r = -0,170$ ). Bireylerin kullandıkları ilaç sayısı arttıkça Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 toplam puan ortalaması azalmaktadır. Sıkıntılarını paylaşacak kimsesi olmayan, aile desteğini yeterli bulmayan, öz-bakımını gerçekleştirmedi zorluk yaşayan (banyo, beslenme, tuvalet, alışveriş ve giyinme ihtiyacı) bireylerin Yalnızlık Ölçeği puan ortancası anlamlı derecede yüksekti ( $p < 0,05$ ). Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 ortanca puanı birinci derece akrabalarında KY tanısı ve ek hastalık tanısı olmayanlarda anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ). Ayrıca temizlik ihtiyacını gerçekleştirmedi zorluk yaşayan bireylerin Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 or-

**TABLO 1:** Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bu özelliklere göre Yalnızlık Ölçeği ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği-12 puanlarının karşılaştırılması (n=151).

	n	%	Yalnızlık Ölçeği		Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12	
			$\bar{X}\pm SS$	$p^{test}$	$\bar{X}\pm SS$	$p^{test}$
			Median (Minimum-Maksimum)		Median (Minimum-Maksimum)	
Yaş			60,1±18,5 (18-88)	0,230*	60,1±18,5 (18-88)	0,063*
Çocuk sayısı			3,7±1,9 (0-10)	0,732*	3,7±1,9 (0-10)	p<0,05, r=0,275
Beden kitle indeksi			27,0±6,3 (11-48)	0,797*	27,0±6,3 (11-48)	0,285*
Cinsiyet						
Kadın	50	33,1	25(17-34)	0,175**	34,9±8,6	0,110***
Erkek	101	66,9	23(17-37)		32,5±8,8	
Çalışma durumu						
Evet	27	17,9	22 (17-37)	0,429**	32,7±6,0	0,609***
Hayır	124	82,1	23 (17-37)		33,4±9,2	
Medeni durum						
Evlü	118	78,1	23 (17-37)	0,429**	31 (12-53)	0,953**
Bekâr/Dul	33	21,9	24 (17-34)		38 (18-54)	
Çocuk varlığı						
Var	127	84,1	23 (17-37)	0,425**	31 (12-53)	0,846**
Yok	4	2,6	21,5 (19-26)		31,5 (25-38)	
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	27	17,9	26 (18-33)	0,124****	34,7±9,5	0,074*****
İlkokul	61	40,4	23 (18-34)		31,2±8,7	
Ortaokul	22	14,6	21,5 (17-37)		35,2±5,9	
Lise	18	11,9	22,5 (17-33)		31,6±5,6	
Üniversite	23	15,2	22 (17-33)		36,3 ±11,0	
Evde yaşadığı kişi/kişiler						
Yalnız	23	15,2	24 (17-33)	0,484****	39,3±9,0	0,003*****
Eş ve çocuk	84	55,6	23 (17-37)		32,6±8,2	
Sadece eş	35	23,2	23 (18-37)		31,0±7,4	
Geniş aile	9	6,0	25 (18-33)		33,0±12,6	
Yaşadığı yer						
Köy	52	34,4	23,9±4,7	0,980***	31,38±9,3	0,286*****
İlçe	45	29,8	24,0±4,9		34,4±9,1	
İl	54	35,8	23,5±4,4		33,7±7,8	
Gelir düzeyi						
Gelir gider eşit	125	82,8	23 (17-37)a	0,004****	32,0 (16-54)	0,684****
Gelir giderden fazla	12	7,9	20,5 (17-31)a		34,5 (25-44)	
Gelir giderden az	14	9,3	26 (19-34)b		31,5 (12-50)	
Sigara kullanma durumu						
Evet	36	23,8	23 (17-35)	0,965****	34,0 (18-50)	0,054****
Hayır	85	56,3	23 (17-34)		33,0 (12-54)	
Bırakmış	30	19,9	23 (19-37)		30,5 (16-44)	
Alkol kullanma durumu						
Evet	11	7,3	23 (18-29)	0,279****	36,2±11,7	0,496*****
Hayır	129	85,4	23 (17-37)		33,1±8,6	
Bırakmış	11	7,3	22 (18-29)		32,7±6,5	

\*Pearson korelasyon analizi; \*\*Mann-Whitney U; \*\*\*Bağımsız t-testi; \*\*\*\*Kruskal Wallis H; \*\*\*\*\*Tek yönlü varyans analizi; a,baynı harfe sahip gruplar arasında fark yok. SS: Standart sapma.

tanca puanı gerçekleştiremeyenlere göre anlamlı derecede yüksekti (p<0,05) (Tablo 2).

Bireylerin Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması 23,8±4,4 ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım

**TABLO 2:** Bireylerin klinik ve öz bakım özelliklerine göre Yalnızlık Ölçeği ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 puanlarının karşılaştırılması (n=151).

	n	%	Yalnızlık Ölçeği		Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12	
			Median (Minimum-Maksimum)	p <sup>test</sup>	Median (Minimum-Maksimum)	p <sup>test</sup>
Kalp yetersizliği tanı süresi (ay)			61,3±71,6 (1-360)	0,887*	61,3±71,6 (1-360)	0,693*
İlaç sayısı			4,2±3,1 (1-17)	0,148*	4,2±3,1 (1-17)	p<0,05, r=-0,170
Kalp yetersizliği evresi						
Evre 1	47	31,1	22 (17-37)	0,472****	34,0 (18-54)	0,670****
Evre 2	45	29,8	24 (17-33)		34,0 (16-50)	
Evre 3	30	19,9	22 (18-34)		32,5 (12-53)	
Evre 4	29	19,2	25 (18-35)		31,0 (18-52)	
Birinci derece akrabasının kalp yetersizliği tanısı alma durumu						
Evet	91	60,3	23 (17-37)	0,395**	31 (18-52)	0,019**
Hayır	60	39,7	24 (17-37)		35 (12-54)	
Ek hastalık öyküsü						
Evet	103	68,2	23,0 (17-37)	0,507**	31 (12-53)	0,037**
Hayır	48	31,8	22,5 (17-37)		36 (18-54)	
Kalp yetersizliği nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu						
Evet	89	58,9	23,0 (17-37)	0,791**	31 (12-54)	0,209**
Hayır	62	41,1	22,5 (17-37)		34 (16-50)	
İlaçları düzenli kullanma durumu						
Evet	129	85,4	23,4±4,2	0,231*****	32,0 (12-54)	0,335****
Hayır	6	4,0	25,0±5,1		41,0 (20-49)	
Kısmen	16	10,6	26,3±5,5		36,5 (26-52)	
Bireye bakmakla yükümlü kişi varlığı						
Var	123	81,5	23,0 (17-37)	0,960**	32,9±8,3	0,351***
Yok	28	18,5	23,5 (19-33)		34,7±10,5	
Sıkıntılarını paylaşacağı kişi varlığı						
Evet	135	89,4	23 (17-37)	0,041**	33,1±9,0	0,610***
Hayır	16	10,6	26 (17-34)		34,3±6,6	
Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu						
Evet	69	45,7	23 (17-37)	0,246****	32,8±8,9	0,066*****
Hayır	16	10,6	24 (20-35)		31,2±9,2	
Kısmen	66	43,7	23 (17-33)		34,3±8,5	
Hastalığı hakkında eğitim alma durumu						
Evet	71	47,0	23 (17-37)	0,391****	32 (16-50)	0,244****
Hayır	40	26,5	24 (18-35)		34 (18-54)	
Kısmen	40	26,5	24,5 (17-37)		32 (12-52)	
Aile desteğini yeterli bulma durumu						
Evet	121	80,1	23 (17-37)	0,027****	32,8±9,0	0,501*****
Hayır	4	2,6	33 (25-33)		31,5±5,0	
Kısmen	26	17,2	23,5 (17-34)		35,8±7,9	
Öz bakımını gerçekleştirirde zorluk yaşama durumu						
Evet	64	42,4	24,8±4,5	0,016***	34,3±7,7	
Hayır	87	57,6	23,1±4,3		32,5±9,4	0,203***
Öz bakımda zorluk yaşanan durumlar banyo yapma ihtiyacı						
Evet	38	25,2	25 (18-37)	0,007**	35,0 (20-50)	0,114**
Hayır	113	74,8	22 (17-37)		32,0 (12-54)	
Beslenme ihtiyacı						
Evet	22	14,6	25 (18-37)	0,006**	31,0 (25-50)	0,673**
Hayır	129	85,4	23 (17-37)		33,0 (12-54)	
Tuvalet ihtiyacı						
Evet	29	19,2	27 (18-37)	<0,001**	32,0 (24-50)	0,386**
Hayır	122	80,8	22 (17-37)		33,0 (12-54)	
Alışveriş yapma ihtiyacı						
Evet	47	31,1	25 (18-37)	0,017**	35,0 (20-50)	0,066**
Hayır	104	68,9	22 (17-37)		32,0 (12-54)	
Giyim ihtiyacı						
Evet	38	25,2	26 (18-37)	<0,001**	31,5 (23-50)	0,589**
Hayır	113	74,8	22 (17-37)		33,0 (12-54)	
Temizlik İhtiyacı						
Evet	51	33,8	25 (18-37)	0,071**	35,0 (20-50)	0,028**
Hayır	100	66,2	22,5 (17-37)		31,5 (12-54)	

\*Pearson korelasyon analizi; \*\*Mann-Whitney U; \*\*\*Bağımsız t-testi; \*\*\*\*Kruskal-Wallis H; \*\*\*\*\*Tek yönlü varyans analizi. SS: Standart sapma.

**TABLO 3:** Bireylerin Yalnızlık Ölçeği ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 arasındaki korelasyon.

Ölçekler	n	%	$\bar{X}\pm SS$	Minimum-Maksimum	Korelasyon	Alfa
Yalnızlık Ölçeği			23,8±4,4	17,0-37,0	$\rho=0,176$	0,69
Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12			33,3±8,7	12,0-54,0	$r=0,111$	0,75
Öz bakım davranışı yeterli (12-36 puan)	100	66,2				
Öz bakım davranışı yetersiz (37-60 puan)	51	33,8				

SS: Standart sapma.

Davranışları Ölçeği-12 toplam puan ortalaması  $33,3\pm 8,7$ 'dir. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12'ne göre bireylerinde %33,8'sinin öz bakım davranışının yetersiz olduğu belirlendi. Yalnızlık Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0,69 ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak bulundu. Ayrıca Yalnızlık Ölçeği ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Son yıllarda yalnızlığın hem genetik riskten bağımsız olarak KY ve kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olduğu, hem de KY'ye bağlı hastaneye yatış veya ölüm riskini artırdığı öne sürülmekte, dolayısıyla sosyal bakımın kardiyak bakıma entegre edilmesi görüşü savunulmaktadır.<sup>20</sup> Bu kapsamda KY tanılı bireylerin yalnızlık algısı düzeyi ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladığımız bu çalışmada, gelir düzeyi az olan bireylerin yalnızlık algısı düzeyinin geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Benzer şekilde bir çalışmada da düşük ila orta düzey gelire sahip yaşlı yetişkinlerin, yüksek gelirli bireylere göre yalnızlığa karşı daha savunmasız olduğu gösterilmiştir.<sup>21</sup> Kardiyometabolik sağlık biyobelirteçleri ile sosyal ilişkilerin çoklu boyutlarını ve bunların ilişkilerinin yaşlı yetişkinlerde sosyoekonomik duruma göre nasıl değiştiğini inceleyen araştırma sonucuna göre de, olumlu sosyal ilişkilerin özellikle nispeten zengin bireyler arasında, psikososyal stresin zararlı kardiyometabolik sonuçlarına karşı tampon oluşturarak sağlıklı yaşlanmayı desteklediği belirtilmektedir. Yaşlılık sağlığını iyileştirme çabalarının,

aynı anda sosyal bağlantıları teşvik etmeye ve finansal kaynakları artırmaya odaklanıldığında daha etkili olacağı da vurgulanmaktadır.<sup>22</sup> Bu kapsamda araştırma bulgumuz literatür bulguları ile benzeşmektedir.

Bu çalışmada, bireylerde çocuk sayısı arttıkça öz bakım davranışının daha yetersiz olduğu bulundu. Fakat çalışmada beklenen sonuç çocuk sayısı fazla olan bireylerin öz-bakımının da aynı doğrultuda artmasıydı. KY tanılı bireylerde sosyodemografik özellikler ve öz bakım davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, evde yaşayan kişi sayısının az olmasının düşük öz bakım puanının önemli yordayıcıları arasında olduğu belirlenmiştir.<sup>23</sup> Farklı çalışmalarda da KY olan bireylerde aile (eş, çocuk) tarafından verilen sosyal desteğin öz bakım davranışları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu gösterdi.<sup>24,25</sup> Literatürden farklı bir sonuç elde etmemizin nedenlerinin bu çalışmaya dâhil edilen bireylerin ortalama 4 çocuğa sahip olması, yarısından fazlasının eş ve çocuk ile yaşaması, çoğunun bakımı ile yükümlü olan kişinin bulunması ve aile desteğini yeterli bulması ve yine yarısından fazlasının öz bakımını gerçekleştirmede zorluk yaşamaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Yalnız yaşamak, KY tanılı bireylerde öz-bakımın yetersiz olması için güçlü bir öngörüdür.<sup>26</sup> Bu çalışmada yalnız yaşayan bireylerin öz bakım davranışlarının diğer gruplara göre daha yetersiz olduğu bulundu. Literatürde de ailesi olmayan, yalnız yaşayan ve sosyal olarak izole edilmiş KY tanılı bireylerin öz bakımlarını yerine getirmede zorluk yaşadıkları, bunun aksine sosyal destek varlığı ve bakım verenlerin bulunmasının KY tanılı bireyde öz bakıma olumlu katkıları olduğu belirlenmiştir.<sup>27</sup> Bir başka çalışmada da aileden gelen desteğin KY tanılı

bireylerde öz bakım davranışlarını arttırdığı gösterilmiştir.<sup>28</sup> Aynı çalışmada aile üyelerinden oluşan, bakım verenleri içeren kapsamlı ve kültürel olarak uygun bir KY müdahalesinin, öz-bakımın sürdürülmesini ve hasta güvenini önemli ölçüde iyileştirdiği tespit edilmiştir.<sup>28</sup> Bu kapsamda çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu olmakla birlikte, KY olan bireylerde öz bakım davranışının bireyin yaşadığı kişi ya da kişilerle de ilişkili olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Araştırmada sıkıntılarını paylaşacak kimsesi olmayan, aile desteğini yeterli bulmayan, öz bakımı gerçekleştirmede zorluk yaşayan (banyo, beslenme, tuvalet, alışveriş ve giyinme ihtiyacı) bireylerin yalnızlık puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda da aile desteğinin yüksek olması, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanma durumu ve ilaç uyumunun daha yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir.<sup>24,25</sup> Yapılan bir sistematik incelemede, kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerde sosyal sağlık ile karşılanmış birey ihtiyaçları arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiş, sosyal sağlığı güçlü olan bireylerin öz bakım davranışlarının da daha iyi olduğu ifade edilmiştir.<sup>29</sup> Yalnızlık, daha düşük öz saygı, aktif başa çıkma yöntemlerinin sınırlı kullanımı, semptom yönetimi ve öz bakım ile bağlantılıdır. KY tanılı bireyler hastalık sürecinde iyi bir semptom yönetimi sağlamak ve öz bakım gereksinimlerini gerçekleştirmek için aile ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır.<sup>23,24,29</sup> Çalışma sonuçlarımız da bu varsayımı doğrular niteliktedir. Aile ve sosyal desteği yeterli olan bireyler, tedavi sürecinde daha iyi uyum davranışları gösterebilir, tekrarlı hastane yatışları ve bununla ilişkili mortalite riski azalabilir.

Bu çalışmada ek hastalık öyküsü olmayanların olanlara göre, alınan ilaç sayısı daha fazla olanların daha az olanlara göre, temizlik ihtiyacını gerçekleştirmede zorluk yaşayanların zorluk yaşamayanlara göre öz bakım davranışları daha yetersiz olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan bulgulardan farklı olarak bu bulgular bize, hastalık şiddetinin azlığı durumunda hastalığın yönetiminin ihmal edilebilir olduğunu düşündürmektedir. Literatürde eşlik eden hastalıkların, KY tanılı bireylerin kendi kendine bakımını başarıyla gerçekleştirmesinde zorluklara yol

açtığı bildirilmiştir.<sup>30</sup> Diğer bir çalışmada da dekompanse KY olan bireylerin, durumlarını yönetme konusunda, önemli ölçüde düşük bir öz bakım düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.<sup>31</sup> KY tanılı bireylerde tedavi yönteminin öz bakım üzerine etkisinin incelendiği araştırma sonucu da, konservatif tedavi (farmakolojik tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri) alan bireylerin nispeten hastalık şiddetinin daha ağır olduğu, kardiyak resenkronizasyon uygulanan KY tanılı bireylere kıyasla öz bakım yeteneğinin daha düşük olduğunu göstermiştir.<sup>32</sup> Bu bulgular, hastalık şiddetinin arttığı, dolayısıyla daha fazla eğitim verilmesi gereken ve terapötik ekiple sıkı işbirliği ile bağlantılı olduğu durumlarda öz bakım davranışlarının daha uygun hale gelebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yalnızlık algısının orta derecenin altında olduğuna (23,8±4,4) yönelik genel çıkarımda bulunulabilir. KY tanılı bireylerde 2 soru ile yalnızlığın değerlendirildiği bir kohort çalışmasında, katılımcıların sadece %4,82'sinin yalnızlık duygusuna sahip olduğu saptanmıştır.<sup>19</sup> Bir başka çalışmada da KY tanılı 303 bireyin %66,7'sinin hafif yalnızlık, %21,8'inin ise orta veya şiddetli yalnızlık yaşadığı tespit edilmiştir.<sup>33</sup> Yapılan farklı bir çalışmada da, KY tanılı bireylerde yalnızlık yaşayanların yaşamayanlara göre hastanede yattıkları gün sayısının, hastaneye tekrar yatışların ve ölüm oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.<sup>34</sup> Yalnızlık veya sosyal desteğin az olması, KY tanılı bireylerde tıbbi tedaviye daha zayıf uyum göstermesine neden olabilir, bireylerin öz-saygı, öz bakım ve öz-yeterlilik düzeyleri azalabilir, strese bağlı fizyolojik yanıt ve ölüm riski artabilir. Bu nedenle KY tanılı bireylerde yalnızlık ve sosyal destek değişkenlerinin, sağlık açısından oluşturduğu risklere yönelik prospektif araştırmaların yürütülmesi gerekebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık 1/3'ünün (%33,8) öz bakım davranışının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada, KY tanılı bireylerde nispeten düşük bir öz bakım yeteneği olduğu, yalnızca dörtte birinden fazlasının öz bakım kapasitelerinin tatmin edici veya iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.<sup>32</sup> Bunlardan farklı olarak araştırma bulgularımız Sudan'da (%72,0) yapılan araştırmayla örtüşmemektedir.<sup>32</sup> Araştırma bulgumuz literatür ile



uyuşmamaktadır. Bu tutarsızlık çalışmaya dâhil edilen bireylerin sosyodemografik özellikleri ve ülkeler arasındaki kültürel farklılıklara, bireylerin hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyine, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik durumuna, düşük tedavi uyumu, tuzlu yemek ve aşırı sıvı tüketimi, evde kan basıncını izlememe, kullandıkları geleneksel yaklaşımlar, algılanan ağır semptom yükü, acil durumlara baş edememe, KY ve ilgili komplikasyonlar ve tekrarlı hastane yatışları ve öz bakım davranışlarını değerlendirmek için kullanılan araçlardaki farklılıklara atfedilebilir.

Çalışmamızda yalnızlık algısı ve öz bakım ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı ortaya çıkarılmıştır. İleri yaş yetişkinlerde yapılan bir araştırmada bu bulgudan farklı olarak, yalnızlık ile öz bakım yeteneği arasında negatif bir ilişki olduğu, yalnızlık algısı düzeyi arttıkça öz bakım yeteneğinin azaldığı belirlenmiştir.<sup>13</sup> İleri yaş yetişkinlerde yapılan farklı bir araştırmada da benzer olarak yalnızlık ile öz bakım arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.<sup>35</sup> Elde ettiğimiz bu sonucun, araştırmaya dâhil edilen bireylerin yalnızlık algısının düşük olması, yarısından fazlasının öz bakımını kendi başına sağlayabilmesi, çoğunun KY durumunun erken evre olması ve bununla ilişkili semptom yükünün daha hafif olması, yarısının hastalığı hakkında eğitim alması, çoğunun aile desteğini yeterli bulması ve öz bakım davranışlarını yeterli bulması ile ilişkili olabileceği öngörülmektedir.

## SINIRLILIKLAR

Elde edilen verilerin araştırmacılar tarafından oluşturulan form ve kullanılan ölçeklere bağlı olması, araştırma sonuçlarının bireylerin sözlü ifadesine dayalı olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu nedenle, bu bulguları doğrulamak ve yalnızlık algısı ile öz bakım arasındaki ilişkiyi aydınlatmak için kapsamlı araştırma tasarımlarına gereksinim bulunmaktadır.

## SONUÇ

Bu araştırma, KY olan bireylerde yalnızlık algısının çok yüksek olmadığını ve çoğunun öz bakım önerilerine uyum sağlayabildiğini göstermiştir. Yalnızlık, kardiyak sorunu olan bireylerde klinik risk değerlendirmesine dâhil edilmelidir. Ayrıca kardiyovasküler sağlığın korunmasında bireylerin öz bakım önerilerine uyum düzeyini daha da artırmak için etkin stratejiler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Aynı zamanda bu çalışma çoğunlukla genç, hafif evre, gelir durumu iyi, evli ve çoğu eşiyile yaşayan bir grupta yürütüldüğü için ileri evre ve semptom yükü fazla olan, yaşlı ve yalnız yaşayan bireyleri dahil eden ve daha geniş örneklem grubu üzerinde yapılan yeni çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

### 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 üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** Zeynep Pehlivan Köksal; **Tasarım:** Zeynep Pehlivan Köksal, Vacide Aşık Özdemir, Yağmur Akbal Demirci; **Denetleme/Danışmanlık:** Zeynep Pehlivan Köksal, Vacide Aşık Özdemir, Yağmur Akbal Demirci; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Zeynep Pehlivan Köksal; **Analiz ve/veya Yorum:** Yağmur Akbal Demirci; **Kaynak Taraması:** Vacide Aşık Özdemir; **Makalenin Yazımı:** Vacide Aşık Özdemir; **Eleştirel İnceleme:** Zeynep Pehlivan Köksal, Vacide Aşık Özdemir, Yağmur Akbal Demirci; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Zeynep Pehlivan Köksal, Vacide Aşık Özdemir, Yağmur Akbal Demirci.

## KAYNAKLAR

- Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2020;22(8):1342-56. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Hinkle JL, Cheever KHJK. Brunner&Sudartha's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer India Pvt Ltd; 2018.
- Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res*. 2023;118(17):3272-87. Erratum in: *Cardiovasc Res*. 2023;119(6):1453. [Crossref] [PubMed]
- 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 Dern Ars*. 2012;40(4):298-308. Turkish. [Crossref] [PubMed]
- Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2018 update: a report from the American heart association. *circulation*. 2018;137(12):e67-e492. Erratum in: *Circulation*. 2018;137(12):e493. [Crossref] [PubMed]
- Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(3):226-35. [Crossref] [PubMed]
- Müller-Tasch T, Löwe B, Lossnitzer N, Frankenstein L, Täger T, Haass M, et al. Anxiety and self-care behaviour in patients with chronic systolic heart failure: a multivariate model. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(2):170-7. [Crossref] [PubMed]
- Olano-Lizarraga M, Wallström S, Martín-Martín J, Wolf A. Causes, experiences and consequences of the impact of chronic heart failure on the person's social dimension: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2022;30(4):e842-e858. [Crossref] [PubMed]
- Wang F, Gao Y, Han Z, Yu Y, Long Z, Jiang X, et al. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nat Hum Behav*. 2023;7(8):1307-19. [Crossref] [PubMed]
- Albasheer O, Abdelwahab SI, Zaino MR, Altraifi AAA, Hakami N, El-Amin EI, et al. The impact of social isolation and loneliness on cardiovascular disease risk factors: a systematic review, meta-analysis, and bibliometric investigation. *Sci Rep*. 2024;14(1):12871. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Christensen AV, Juel K, Ekholm O, Thrysoe L, Thorup CB, Borregaard B, et al. Significantly increased risk of all-cause mortality among cardiac patients feeling lonely. *Heart*. 2020;106(2):140-6. [Crossref] [PubMed]
- Dural G, Kavak Budak F, Özdemir AA, Gültekin A. Effect of perceived social support on self-care agency and loneliness among elderly Muslim people. *J Relig Health*. 2022;61(2):1505-13. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Shamlou R, Nikpeyma N, Pashaeipour S, Sahebi L, Mehrgou Z. Relationship of loneliness and social isolation with self-care ability among older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2021;59(1):15-20. [Crossref] [PubMed]
- Petitte T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *Open Psychol J*. 2015;8(Suppl 2):113-32. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Bayrak B, Yıldırım G, Oğuz S, Sağaltıcı Ç, Doğanay E, Özdemir F, et al. Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi [Assessment of self-care in heart failure patients and determination of risk factors affecting]. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2019;10(23):114-21. [Crossref]
- Çelikbaş B, Tatar A. Yalnızlık ölçeği, yalnızlık tercihi ölçeği ve sosyal izolasyon ölçeği: geliştirme ve ilk geçerlik çalışmaları [Loneliness scale, solitude scale and social isolation scale: development and initial validation studies]. *Social Mentality and Research Thinkers Journals*. 2021;7(43):597-676. [Crossref]
- Jaarsma T, Strömberg A, Märtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003;5(3):363-70. [Crossref] [PubMed]
- Baydemir C, Özdamar K, Ünalır A. Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2013;13(6):573-9. [Crossref] [PubMed]
- Cevahir, E. SPSS ile Nicel Veri Analizi Rehberi. 1. Baskı. İstanbul: Kibe Yayınları; 2020.
- Cené CW, Beckie TM, Sims M, Suglia SF, Aggarwal B, Moise N, et al; American Heart Association Social Determinants of Health Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and Council on Quality of Care and Outcomes Research; Prevention Science Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; and Stroke Council. Effects of objective and perceived social isolation on cardiovascular and brain health: a scientific statement from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2022;11(16):e026493. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Nissanholtz-Gannot R, Peretz-Dayana H. Equal opportunities in aging: income level moderates the relationship between infrequent participation in formal social activities and loneliness among older adults. *J Appl Gerontol*. 2023;42(9):1982-92. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Shartle K, Yang YC, Richman LS, Belsky DW, Aiello AE, Harris KM. Social relationships, wealth, and cardiometabolic risk: evidence from a national longitudinal study of U.S. older adults. *J Aging Health*. 2022;34(6-8):1048-61. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Tawalbeh LI, Al Qadire M, Ahmad MM, Aloush S, Abu Sumaqa Y, Halabi M. Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Res Nurs Health*. 2017;40(4):350-9. [Crossref] [PubMed]
- Megiati HM, Grisante DL, D'Agostino F, Santos VB, Lopes CT. Relationship between perceived social support and self-care of patients with heart failure. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2022;35:eAPE01296. [Crossref]
- Jo A, Ji Seo E, Son YJ. The roles of health literacy and social support in improving adherence to self-care behaviours among older adults with heart failure. *Nurs Open*. 2020;7(6):2039-46. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Zhu W, Wu Y, Zhou Y, Liang W, Xue R, Wu Z, et al. Living alone and clinical outcomes in patients with heart failure with preserved ejection fraction. *Psychosom Med*. 2021;83(5):470-6. [Crossref] [PubMed]
- Chen Y, Zou H, Zhang Y, Fang W, Fan X. Family caregiver contribution to self-care of heart failure: an application of the information-motivation-behavioral skills model. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;32(6):576-83. [Crossref] [PubMed]
- Deek H, Chang S, Newton PJ, Noureddine S, Inglis SC, Arab GA, et al. An evaluation of involving family caregivers in the self-care of heart failure patients on hospital readmission: Randomised controlled trial (the FAMILY study). *Int J Nurs Stud*. 2017;75:101-11. [Crossref] [PubMed]
- Freak-Poli R, Hu J, Phyo AZZ, Barker F. Does social isolation, social support or loneliness influence health or well-being after a cardiovascular disease event? A narrative thematic systematic review. *Health Soc Care Community*. 2022;30(1):e16-e38. [Crossref] [PubMed]
- Lee KS, Moser DK, Dracup K. The association between comorbidities and self-care of heart failure: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2023;23(1):157. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Juárez-Vela R, Sarabia-Cobo CM, Antón-Solanas I, Vellone E, Durante A, Gea-Caballero V, et al. Investigating self-care in a sample of patients with decompensated heart failure: a cross-sectional study. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2019;219(7):351-9. English, Spanish. [Crossref] [PubMed]

32. Mlynarska A, Golba KS, Mlynarski R. Capability for self-care of patients with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1919-27. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
33. Yang M, An Y, Wang M, Zhang X, Zhao Q, Fan X. relationship between physical symptoms and loneliness in patients with heart failure: the serial mediating roles of activities of daily living and social isolation. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24(5):688-93. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
34. Fan Y, Ho MR, Shen BJ. Loneliness predicts physical and mental health-related quality of life over 9 months among patients with coronary heart disease. *Appl Psychol Health Well Being*. 2023;15(1):152-71. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
35. Masoudi N, Sarbazi E, Soleimanpour H, Abbasian M, Ghasemi M, Rostami Z, et al. Loneliness and its correlation with self-care and activities of daily living among older adults: a partial least squares model. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):621. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]