

**TC.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ İLACA
DİYETE UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİ**

TÜLAY DEMİRCİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEMMUZ

2017

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ
İLACA DİYETE UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİ**

TÜLAY DEMİRCİ

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. İLKNUR METİN AKTEN**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEMMUZ

2017

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ve Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Tülay DEMİRCİ tarafından İlknur METİN AKTEN'nin danışmanlığında hazırlanan ‘‘Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının İlaça Diyete Uyumları ve Yaşam Kaliteleri’’ başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından/.../2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Ünvanı Adı Soyadı

Üniversite Fakülte/Yüksekokul

Anabilim Dalı

Jüri

Ünvanı Adı Soyadı

Üniversite Fakülte/Yüksekokul

Anabilim Dalı

Jüri

Ünvanı Adı Soyadı

Üniversite Fakülte/Yüksekokul

Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla 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 olmadığı beyan ederim.

Tülay DEMİRCİ

İTHAF

Eşim ve aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, ilgi ve desteğini ve değerli vaktini benden esirgemeyen sevgili hocam tez danışmanım, Sayın Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN'e,

Yüksek lisans eğitimim süresinde destek ve yardımlarının esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN ve Meliha YAVUZ TAŞÇI'ya,

Hayatımın her aşamasında bana büyük emek harcayan ve destek olan canım aileme ve eşime sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| TEZ ONAYI..... | ii |
| BEYAN..... | iii |
| İTHAF..... | iv |
| TEŞEKKÜR | v |
| İÇİNDEKİLER..... | vi |
| TABLOLAR LİSTESİ..... | ix |
| KISALTMALAR LİSTESİ..... | x |
| ÖZET | xi |
| ABSTRACT..... | xii |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1.Kronik Kalp Yetmezliğinin Tanımı..... | 3 |
| 2.2.Kronik Kalp Yetmezliğinin Epidemiyolojisi..... | 3 |
| 2.3.Kronik Kalp Yetmezliğinin Etiyolojisi..... | 4 |
| 2.4.Kronik Kalp Yetmezliğinin Fiziopatolojisi..... | 5 |
| 2.5.Kronik Kalp Yetmezliğinin Semptomları..... | 6 |
| 2.6.Kronik Kalp Yetmezliğinin Öykü ve Fizik Muayene Bulguları..... | 8 |
| 2.7.Kronik Kalp Yetmezliğinin Laboratuvar Bulguları..... | 9 |
| 2.8.Kronik Kalp Yetmezliğinin Klinik Sınıflama..... | 11 |
| 2.9.Kronik Kalp Yetmezliğinin Evreleri..... | 12 |
| 2.10.Kronik Kalp Yetmezliğinde Tedavi..... | 12 |
| 2.10.1.Farmakolojik Tedavi..... | 13 |
| 2.10.2.Farmakolojik Olmayan Tedavi..... | 14 |
| 2.11.Kronik Kalp Yetmezliğinin Komplikasyonları..... | 17 |

| | |
|---|----|
| 2.12.Kronik Kalp Yetmezliğinde Uyum..... | 18 |
| 2.13.Kronik Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi..... | 19 |
| 2.14.Kronik Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı..... | 20 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM | 22 |
| 3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü..... | 22 |
| 3.2.Araştırma Soruları..... | 22 |
| 3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı..... | 22 |
| 3.4.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme..... | 23 |
| 3.5.Araştırmanın Etik Boyutu..... | 24 |
| 3.6.Verilerin Toplanması..... | 24 |
| 3.7.Veri Toplama Araçları..... | 25 |
| 3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 26 |
| 3.10.Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi..... | 27 |
| 4.BULGULAR | 29 |
| 4.1.Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular..... | 30 |
| 4.2.Hastaların Diyete ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular..... | 36 |
| 4.3.Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular..... | 48 |
| 5.TARTIŞMA..... | 53 |
| 5.1.Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık ile ilgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 54 |
| 5.2.KKY tanılı Hastaların Diyete ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 56 |
| 5.3.Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 61 |

| | |
|--|----|
| 5.4.KKY tanımlı Hastaların İlaç ve Diyet Uyumlarının Yaşam Kalitesi İle İlişisine ait Bulguların Tartışılması..... | 62 |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER | 64 |
| KAYNAKLAR..... | 67 |
| FORMLAR..... | 86 |
| ETİK KURUL KARARI..... | 88 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 91 |

TABLOLAR LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Tablo 2-1: Kronik kalp yetersizliğinin belirti ve bulguları..... | 7 |
| Tablo 2-2: Kronik kalp yetersizliğinin sınıflandırılması..... | 12 |
| Tablo2-3: Kronik kalp yetersizliğinde Farmakolojik Olmayan Tedavi ve Kanıt Düzeyleri..... | 16 |
| Tablo 2-4: Kronik kalp yetersizliğinin komplikasyonları..... | 17 |
| Tablo 3-1: Örneklem grubu..... | 24 |
| Tablo 3.2: Kullanılan istatistiksel analizler ve değerlendirilen parametreler..... | 28 |
| Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı..... | 30 |
| Tablo 4-2: Hastaların kronik kalp yetersizliğine İlişkin özelliklerinin dağılımı..... | 32 |
| Tablo 4.3: Hastaların Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı..... | 36 |
| Tablo 4.4: Hastalarının İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı..... | 36 |
| Tablo 4.5: Hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Diyete Uyum hakkındaki inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı..... | 38 |
| Tablo 4.6: Hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre İlaça Uyum hakkındaki inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı..... | 40 |
| Tablo 4.7: Hastalarının Kalp Yetersizliğine İlişkin özelliklerine göre Diyete Uyum hakkındaki inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı..... | 42 |
| Tablo 4.8: Hastalarının Kalp yetersizliğine ilişkin özelliklerine göre ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı..... | 45 |
| Tablo 4.9: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.... | 48 |
| Tablo 4.10: Araştırma grubunda Diyete Uyumun Yaşam kalitesi ile ilişkisi..... | 50 |
| Tablo 4.11: Araştırma grubunda İlaça Uyumun Yaşam Kalitesi ile ilişkisi..... | 52 |

KISALTMALAR LİSTESİ

KY: Kalp yetersizliği

KKY: Kronik Kalp Yetersizliği

KAH: Koroner Arter Hastalıkları

HAPPY: Türkiye’de Kalp Yetersizliği İnsidans ve Prevalans Çalışması,

AF: Atriyal Fibrilasyon

MI: Miyokard İnfarktüs

PND: Paroksizmal Nokturnal Dispne

NYHA: New York Kalp Derneği

EF: Ejeksiyon fraksiyonu

TÖE: Transözofajiyal ekokardiyografi

AHA: Amerikan Kalp Birliği

ACC: Amerikan Kardiyoloji Birliği

ACE-İ: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri

ARB: Anjiotensin Reseptör Blokerleri

ICD: Implantable Cardioverter Defibrilator

LVEF: Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyon

SVEF: Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu

MRA: Mineralokortikoid Reseptör Antagonisti

BKİ: Beden kitle indeksi

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

DUHIÖ: Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği

İUHIÖ: İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÖZET

Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının İlaça Diyete Uyumları ve Yaşam Kaliteleri

Bu araştırma kronik kalp yetersizliği hastalarının ilaca diyete uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve ilaca diyete uyumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma 19.10.15-19.01.16 tarihleri arasında Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde gerçekleştirildi. Örneklemi dahil edilme kriterlerine uyan 318 kronik kalp yetersizliği hastası oluşturdu. Çalışmanın verileri Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ), Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) kullanılarak elde edildi. Örneklem grubunun yaş ortalaması $64,99 \pm 11,08$ 'dir. Örneklemi oluşturan hastaların %59,1'i kadın olup, %4,4'ü evlidir. Erkeklerde ve hastalığı iş yaşamını olumsuz etkileyen hastalarda ilaca ve diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeği yüksek bulundu ($p < 0,05$). Ayrıca, kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alan, hastalık, ilaçları ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olan ve ilaçlarını düzenli kullanan hastaların Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamaları yüksek saptandı ($p < 0,05$). Hastaların Diyete Uyum Ölçeği Engel alt boyutu ve Diyete uyum ile Yaşam Kalitesi Ölçekleri olan alt boyutlar arasında anlamlı ve negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu belirlendi. Hastaların İlaça Uyum Ölçekleri Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi Ölçekleri olan alt boyutlar arasında ise negatif yönde zayıf ilişkinin olduğu belirlendi. Bu doğrultuda hastalara yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ilaç ve diyete uyumun önemi konularında eğitim verilmesi önerilebilir. Ayrıca kardiyoloji hemşirelerine kronik kalp yetersizliği hastalarına verilecek eğitim konularına yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik kalp yetersizliği, ilaca uyum, diyete uyum, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Adaptation of Chronic Heart Failure Patients to Medicine and Diet and Their Life Qualities

This study was applied as a descriptive cross-sectional study in order to indicate the factors affecting chronic heart failure patients' adaptation to medicine and diet and to evaluate the relationship between adaptation and life quality. The research has been executed in Education Research Hospital Cardiology Unit in Trakya province between 19.10.15 and 19.01.16 318 chronic heart failure patients composed the sample. The data of study was gathered by using Introducing Features Information Form, The Beliefs about Fidelity Integration Scale, Beliefs about Diet Compliance Scale and Life Quality Scale. The age average of sample group was $64,99 \pm 11,08$. The patients of sample were 59% of women and 4,4 % of them were married. The mean score of the beliefs scale about adaptation of medicine and diet was high ($p < 0,05$) in males and patients whose illness had a negative effect on their working life. In addition, the average scores of the Beliefs about Diet Compliance Scale of patients who were educated about heart failure and management, who had sufficient knowledge about illnesses, drugs and side effects and who regularly use their medicines were found high ($p < 0,05$). It was determined that there is a very weak relationship in a meaningful and negative way between the patient's Diet Adaptation Scale barrier subscale, and the Diet fit and the Quality of Life Scales subscales. It was also determined that there is a weak relationship in a negative way between The subscales of Medicine Adaptation scales of the patients and Life quality scales. In this respect, it may be suggested that patients should be educated on the importance of health lifestyle behaviors, adaptation to medication and diet. In addition, cardiology nurses should be provided with in-service training for the education subjects of chronic heart failure patients.

Keywords: Chronic Heart Failure, adaptation to medicine, adaptation to diet, life quality

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp yetersizliği (KY) kalbin miyokard işlevinin bozmasıyla oluşan klinik bir durumdur. Bazı durumlarda miyokard yetersizliğe düşmeden birden yük altında olması nedeniyle akut kalp yetersizliği gelişebilir. KY hastalarının akciğerlerinde ve periferinde kan göllenmesine konjestif kalp yetersizliği denilmektedir. Hastalarda konjesyonun her zaman görülmediği ve hastalığın kronik bir duruma dönüştüğü zaman konjestif kalp yetersizliği terimi yerine kronik kalp yetersizliği (KKY) tanımı 1994 yılından itibaren kullanılmaktadır (Badır 2014).

Kalp yetersizliği hastalığının ciddi bir sağlık problemi olmasının nedenleri, fazla görülmesi, görülme oranının her yıl artması, çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olmasıdır (Rosamond ve ark 2007; Cowie ve ark 1997; Task Force Report 2001). Toplumda iskemik kalp hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır. Yeni tedavi seçeneklerinin artmasıyla ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Bu durum kalp yetersizliği insidansının artmasına neden olmaktadır (Rosamond ve ark 2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde beş milyon kalp yetersizliği hastasının olduğu ve bu sayıya her yıl 550.000'nin üzerinde yeni kalp yetersizliği vakasının eklendiği rapor edilmektedir (Rosamond ve ark 2007). Türkiye'de 2007 yılında çalışılan kalp yetersizliği prevalansı ve belirleyicileri araştırmasına göre (HAPPY), ortalama üç milyon kalp yetersizliği hastası bulunmaktadır (Değertekin 2007).

Kalp yetersizliği hastalarında, bireyin başlıca gereksinimlerini karşılamaması, beden imajının değişmesi, cinsel işlevde bozulma, uzun süren yorgunluk, gelecek kaygıları, günlük aktivitelerinde yetersizlik gibi durumlar yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır. Kalp yetersizliği ve yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda hastaların yaşam kalitelerinin düştüğü, morbidite ve mortalite oranların arttığı bildirilmektedir (Zambroski ve ark 2005; Murberg 2004; Jonansson ve ark 2004; Özer ve Argon 2005; Demir Barutçu; 2011).

Kronik Kalp Yetersizliği psikosozyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı yönetimi zor ve karmaşık olan bir hastalıktır. Kontrolün ve üretkenliğin kaybı, ölüm korkusu, geleceğe yönelik belirsizlikler, yaşam planları ve amaçlarında değişiklikler, aile ve sosyal çevre ilişkilerinde değişme ve ekonomik durumda değişiklikler hastalarda ortaya çıkan bazı sorunlardır. Bu nedenle KY hastaları

hastalığı hakkında bilgilendirilmeli, yaşam şeklinde değişiklikler yapılmalı, planlanan bakıma aktif olarak katılımı ve işbirliği sağlanmalıdır (Akbıyk ve ark 2016).

Bu araştırma kronik kalp yetersizliği hastalarının ilaca diyete uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek, ilaca diyete uyumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliğinin fizyolojik ve klinik sonuçlara göre iki şekilde tanımı vardır. Fizyolojik olarak kalp yetersizliği; “kalbin dokuların ihtiyacı olan kanı pompalayamaması veya ancak yüksek doluş basıncı altında pompalayabilmesi” olarak tanımlanır. Klinik sonuçlara göre kalp yetmezliği; kalbe venöz dönüş ve dolum basınçları normal olduğu halde kalbin vücudun metabolik gereksinimlerini karşılayabilecek miktarda kanı pompalayamadığı ve ventrikül disfonksiyonundan (akut ya da kronik) kaynaklanan bir süreçten dolayı ortaya çıkan karmaşık klinik bir bulgudur (Özdemir 2009).

DSÖ’ne göre kalp yetersizliği; klinik olarak kalp hastalığına eşlik eden dispne ve yorgunluk sendromudur (WHO 2012).

Kalp yetersizliği kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olup, ciddi yorgunluk, dispne ve fonksiyonel durum bozukluğuyla karakterizedir (Franzen ve ark 2006).

2.2.Kronik Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

Popülasyonun gittikçe yaşlanması kronik hastalıkların artışına neden olmaktadır. İskemik kalp hastalıklarının hastalıkların toplumda görülme sıklığının artmasına rağmen son dönem tedavi seçenekleri ile birlikte yaşam süresi de uzamaktadır. Bunun sonucunda kalp yetersizliği insidansı artmaktadır (Mair ve ark. 1996). Ülkemizde kalp yetmezliği prevalansı genel olarak 40-59 yaş grubunda %2, 60-69 yaş grubunda yaklaşık %5, 70-80 yaş grubunda ise %10-20 arasında değişmektedir. Genç grup erkeklerde koroner arter hastalıkları (KAH) daha fazla görülürken yaşlılarda her iki cinsiyette eşit oranda görülmektedir (Dickstein ve ark. 2008; İlerigelen 2010).

Kalp yetersizliğinde insidans ve prevalans artarken mortalite de artmaktadır (Mair ve ark. 1996). Kalp yetersizliği hastalarının iki yıl içindeki sağ kalım oranı %79’dan son beş yılda %59’a düştüğü bildirilmektedir (Cowie ve ark. 2000). Tanı konulduktan sonraki bir yıl içinde mortalite oranı yaklaşık %25’den, son on yılda %40’a ve son on beşinci yılda %56’ya yükselmektedir (Funk ve Krumholz 1996;

Happ ve ark. 1997; Mosterd ve ark. 1999; McMurray ve Stewart 2000; Sharma ve Kalra 2009).

Kalp hastalıkları ve inme istatistikleri 2010 raporuna göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 5,7 milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olduğu ve bu sayıya yaşları 45 ve üzeri olan 670 bin yeni vaka eklendiği bildirilmektedir. Bu rapora göre her sekiz ölümden birinin kalp yetersizliği olduğu belirlenmiştir (Lloyd ve ark 2010).

HAPPY (Türkiye'de Kalp Yetersizliği İnsidans ve Prevalans Çalışması, 2007) araştırmasının verilerine göre Türkiye'de üç-dört milyon KY hastası bulunmaktadır. Kalp yetersizliği hastalarının %80'ini diyastolik kalp yetersizliği olan hastalar oluşturmaktadır. Aynı çalışmada 35-54 yaş arası erkeklerde kalp yetersizliği prevalansı %24,8 iken, kadınlarda %24,6; 55-64 yaş arası erkeklerde %6,7 iken kadınlarda %7,1, 65 yaş üstü erkeklerde %6,1 iken kadınlarda %8,1 olarak rapor edilmektedir. Kalp yetersizliği olan üç-dört milyon kişi arasında bir-bir buçuk milyon kişinin günlük işlerini yapamayacak kadar rahatsız olduğu belirtilmektedir (Değertekin 2007; Demir Barutçu 2011; Türkiye'de Kalp Yetersizliği İnsidans ve Prevalans Çalışması, 2007).

2.3.Kronik Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi

Kalp yetersizliğinin en yaygın nedeni koroner arter hastalığı (KAH) dır. Geçirilmiş akut miyokard infarktüsü kalp yetersizliği gelişme riskini 4-6 kez artırır. Kalp yetersizliği gelişimini kolaylaştıran faktörler; diabetes mellitus, kontrolsüz hipertansiyon, kardiyomiyopatiler, ailede kalp yetersizliği öyküsünün bulunması, sigara ve alkol kullanımıdır (Badır 2014).

Kalpteki başlıca işlevsel bozukluklarının nedenleri, kalp kasında hasar veya kayıplar, akut ya da kronik iskemi, hipertansiyonla damar direncinde artış, atriyal fibrilasyon (AF) gibi bir taşiaritminin gelişmesidir. Hastaların %10'unda kardiyomiyopati ve %10'unda kapak hastalığı vardır. Kronik kalp yetmezliğinin önemli risk faktörleri; hipertansiyon, diabetes mellitus, aile hikayesi, sigara içme, hiperlipidemidir (Enç 2014).

Sanayileşmiş ülkelerde son 20 yıldır kalp yetmezliğinin başlıca sebebi hipertansiyondan miyokard infarktüsüne (MI) doğru değişmektedir (Baykal ve ark 2002; Cordon 2005; Abraham and Krum 2007; Crawford 2010).

Kalp yetersizliğinin etiolojisinde; koroner arter hastalığının en yaygın nedeni miyokard hastalığıdır ve KKY hastalarının yaklaşık %70'inde başlatıcı nedendir (ESC 2008). Miyokard hasarında; kalbin iş yükünün artışı, ventrikül doluşunun engellenmesi, iatrojenik miyokard hasarın gelişmesi ve aritmiler oluşur. Diğer nedenler arasında; enfeksiyonlar (viral miyokarditler, romatizmal miyokarditler, inflamasyon, vb.), kollejen doku hastalıkları, ilaçlar (beta-blokerler, kalsiyum antagonistleri, antiaritmikler ve sitotoksikler), metabolik (İskemik kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı) ve endokrin hastalıklar (diyabet), toksinler (alkol, kokain, kobalt, eser elementler), radyasyon, beslenme bozuklukları (beriberi, kwashiorkor, pellegra v.b.), travmalar, hipersensitivite ve ağır anemi, gebelik, paget hastalığı, kalp kapak hastalıkları yer almaktadır. Temelde kalp hastalıklarının tümü kalp yetmezliği ile sonuçlanabilmektedir (Gökçe ve Demir 2008).

Kronik kalp yetersizliğinin prognozunu ağırlaştırabilecek presipite eden nedenler;

- Tedavinin durdurulması,
- Uyumsuzluk (diyet, ilaç),
- Aritmiler,
- Kardiyak enfeksiyonlar,
- Miyokard infarktüsü veya iskemisi,
- Pulmoner emboli,
- Sistemik enfeksiyonlar,
- Fizik ya da emosyonel stres,
- Kardiyak depresan (sitostatikler) ya da tuz tutucu ilaç alımı (kortikosteroidler),
- KKY'ine ek başka bir hastalık (Akut veya kronik böbrek yetersizliği gibi),
- Yüksek debili durumlar (Anemi, hipertiroidi, gebelik vs.) (Sönmez 2011).

2.4.Kronik Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği miyokard tabakasında olan hasar ve fonksiyon kaybı yaratan “indeks olay” adı verilen bir progresif bir süreçle başlar. İndeks olayda kalbin pompalama fonksiyonunun azalmasıyla kompensatuvar mekanizma aktifleşir ve

zamanla kalbin geometrik yapısında negatif yönde bozulma gerçekleşir (Keleş ve Çakmak 2013).

Kalp yetersizliğinin başlangıcında kalp debisinin ve periferik kan perfüzyonunun sağlanabilmesi bazı kompensasyon (uyum) mekanizmaların devreye girmesine bağlıdır. Kalbin pompalama işlevini sürdürülmesini sağlayan başlıca kompensasyon mekanizmaları: Frank–Starling mekanizması, Nörohumoral sistemlerin aktivasyonu, Miyokardiyal remodelingdir (yeniden şekillenme). Bu mekanizmalardan ilk ikisi hızlı bir şekilde devreye girer. Miyokard hasarı veya aşırı ventriküler yüklenmede kalbin pompalama işlevi dakikalar-saatler içinde devreye girer ve normal düzeye gelir. Miyokardiyal remodeling ise yavaş gelişir, haftalar ya da aylar sürebilir. Kalbin hemodinamik yüke uzun süreli uyumunda önemli rol oynar. Fakat bu mekanizmaların kalbin işlevlerini normal sınırdaki devam ettirme kapasitesinin bir sınırı vardır. Kronik kalp yetersizliğinde olduğu gibi bu sınır aşıldığında mevcut kalp yetersizliği tablosunun ağırlaşmasına yol açar (Enç 2014).

2.5.Kronik Kalp Yetersizliğinde Semptomlar

Kronik kalp yetersizliğinin birçok belirti ve bulguları vardır (Tablo 2.1).

Tablo 2-1: Kronik kalp yetersizliğinin belirti ve bulguları

| Belirti ve bulgular | Açıklama |
|---|---|
| Dispne | İnspirasyon sırasında hastaların yeterince hava alamama hissine denir. Efor dispnesi pulmoner konjesyona bağlı en sık görülen semptomdur (Badır 2010; Dolar 2005). |
| Efor dispnesi | Başlangıçta şiddetli eforda, daha sonra günlük eforda oluşur (Badır 2010; Dolar 2005). |
| Ortopne | Hasta sırtüstü pozisyonda yatar durumunda hissedilen dispnedir. Hastalar uykudayken solunum güçlüğü ile uyanırlar ve oturma ihtiyacı hissederler (Badır 2010; Dolar 2005). |
| Paroksizmal noktürnal dispne (PND) | Genellikle gece oluşur ve hastada birkaç saatlik uykudan uyandıran ciddi anksiyete, nefes darlığı ve boğulma hissi olur. Bronkospazma bağlı hırıltılı solunum (wheezing) bulunması nedeniyle bu tabloya kardiyak astma denir. Hasta rahatlamak için oturur pozisyona geçer (Eren 2013). |
| Akciğer ödemi | Nefes darlığının en ağır ve bazı durumlarda ölümcül olan şeklidir. Kalkıp oturmakla geçmez. Sürekli öksürük vardır. Ağızdan, hatta burundan pembe köpüklü bazen kanlı balgam gelebilir (Gary and Pathak 2002; Patel and Konstam 2003; Kahraman ve Ural 2004). |
| Efor İntoleransı | Dispne ile birlikte kronik kalp yetmezliğinde karakteristik bir bulgudur. Egzersiz ile gelişen pulmoner konjesyon, kardiyak debi azalmasına bağlı bozulmuş periferik vazodilatasyon egzersiz intoleransına neden olur (Dolar 2005; Akdemir ve Birol 2004). |
| Çarpıntı | Erken atımlar, efor taşikardisi ve atriyal fibrilasyon, kısa supraventriküler ve ventriküler taşikardi atakları nedeni ile oluşur (Kahraman ve Ural 2004). |
| Ayaklarda Şişme, Karın Ağrısı | Sağ KY'nin başlıca bulguları sistemik venler ve karaciğerde konjesyona bağlı ayaklarda şişme ve sağ üst kadranda ağrıdır (Kahraman ve Ural 2004). |
| Noktüri | Gece sırt üstü yatmayla oksijen ihtiyacı azalır ve bu da kalp debisinde yeterliliğinin oluşmasını sağlar. Böylece renal arterlerdeki vazokonstriksiyonun azalması sonucu idrar oluşumu artar (Keleş 2013). |

Tablo 2-1: Kronik kalp yetersizliğinin belirti ve bulgularının devamı

| Belirti ve bulgular | Açıklama |
|----------------------------|--|
| Oligüri | Kalp yetmezliğinin geç dönemindeki semptomu olup kalp debisi ve böbrek kan akımının ileri derecede azalması ile ilişkilidir (Kahraman ve Ural 2004). |
| Serebral Semptomlar | Ciddi kalp yetmezliği varlığında özellikle de serebral arteriosklerozlu olgularda perfüzyon azalması ve arteriyel hipoksemiye bağlı olarak konsantrasyon bozuklukları, konfüzyon, baş ağrısı, anksiyete ve uykusuzluk görülebilir (Dolar 2005; Akdemir ve Birol 2004). |

2.6.Kronik Kalp Yetersizliğinde Tanı

Öykü ve Fizik Muayene: Dikkatli bir klinik değerlendirme (anamnez ve fizik muayene) ve yapılan tetkiklerle KKY'nin tanısı konur. KKY'de altta yatan etyoloji ve presipite eden faktörler araştırılmalıdır. Görülen major semptom ve bulgular tek başına yeterli değildir ancak aynı anda birkaçı birden görülebiliyorsa tanı konulabilir. Major semptom ve bulgular ile birlikte hastaların New York Kalp Derneği (NYHA) değerlendirilmesi yapılmalıdır. KKY'ne özgü fiziksel bulguların olmaması tanı koymada eksiklik yaratmaktadır. Yapılan tetkiklerle kesin tanı konur (Baykal et al 2002; ESC 2008; Purcell and Kalra 2009; Crawford 2010).

KKY'liğinde nabız hızı, ritmi ve dolgunluğunun kontrol edilmesi önem taşımaktadır. Kalp yetmezliğinde düşük kalp debisini kompanse etmek için nabız hızı genellikle yüksektir. Atım hacmindeki değişikliklerle birlikte dolgun ve zayıf atımların birbirini izleyen normal hızdaki nabız şekli (pulsus alternans) sık oluşmaktadır. Nabız ritmindeki değişiklikler sıklıkla atriyal fibrilasyonu gösterir. Sol ventrikülde hipertrofisi varsa apeks sola ve aşağıya doğru yer değiştirir (Badır 2014).

Kalp yetersizliğinden şüphe edilen hastalarda fizik muayenede sistolik üfürümlere, periferik ve akciğer konjesyonuna ve eşlik eden hastalıklara yönelik bulgulara dikkat edilmelidir (Badır 2014).

Genel Görünüm: Kalp yetersizliği olan hastaların yetersizlik derecesi arttıkça istirahat durumunda bile dispneik görünüm taşırlar. Hafif-orta vakalarda istirahatte

normalken, eforla dispneik hale gelirler. Ciddi triküspit yetersizliği varlığında, sistolde sistemik venlere vuran pulsasyon boyun venlerine ve gözlere yansır (Badır 2014).

Ciddi KY'de karaciğer konjestiyonuna bağlı olarak ikter gelişir ve azalan kalp debisine bağlı olarak cilt renginde solukluk görülür (Badır 2014).

Kronik kalp yetersizliği, belirtilerinde sıvı retansiyonu olmayan bir hastada son 6-12 ay içinde ağırlığının %6'sından fazlasını kaybetmesi olarak tanımlanmaktadır. Kaşeksinin gelişimine azalmış sıvı alım veya emilim ve artmış metabolizma sebep olmaktadır (McMurray JJ; Adamopoulos; Anker; Auricchio; Böhm; Dickstein et al. 2012).

Ödem, genellikle alt ekstremitelerde başlayıp, yatan hastalarda pozisyona bağlı olarak sırtta ve sakrum bölgesinde görülebilir. Hastalara sindirim sistemi sorunları, iştahsızlık, bacaklarda ve kollarda güçsüzlük ve yorgunluk olup olmadığı sorulmalıdır (Badır 2014).

Laboratuvar Bulguları: KY'li hastalarında anemi mortaliteyi artıran önemli bir bulgudur. KY'de vücutta su tutulumu ve diüretik kullanımına bağlı olarak elektrolit değerlerinde değişiklikler görülebilir. Dekompanse KY'li hastalarda parsiyel karbondioksit basıncında artma ve parsiyel oksijen basıncında azalma görülür. Hastalar atriyal fibrilasyon nedeni ile warfarin (coumadin) kullanıyorlarsa protrombin zamanı (PT) ve internasyonal normalized ratio (INR) değerlerinin takip edilmesi gerekir (Badır 2014).

KKY'liğinde aynı zamanda tam kan sayımı, kan üre nitrojeni ve kreatinin düzeyleri, karaciğer fonksiyonlarını gösteren aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), laktat dehidrojenaz (LDH), albümin, globülin ve özellikle atriyal fibrilasyonu olan ya da 65 yaşın üstündeki hastalarda tiroit stimülan hormon (TSH), arter kan gazları ve tam idrar analizi yakından izlenmesi gereken laboratuvar testleridir (Badır 2014).

Elektrokardiyografi (EKG): Sol ventrikül yetmezliğinde EKG'de sol ventrikül hipertrofisi, sol atriyum genişlemesi, aritmiler görülürken sağ ventrikül yetmezliğinde sağ ventrikül hipertrofisi, sağ atriyum genişlemesi, total kalp yetmezliğinde bütün odalarda hipertrofi ve genişleme bulguları vardır (Badır 2010; Dolar 2005).

Ekokardiyografi (EKO): EKO ile sol ventrikül duvar kalınlığı, kapakların durumu ve çapı, perikardiyal efüzyon varlığı, sistolik ve diyastolik işlevler değerlendirilir. KY tanısının önemli bir belirtisi Ejeksiyon fraksiyonunda (EF) azalma olmasıdır. EF için normal değer %50-70 iken KY'li hastalarda EF bu değerinin altındadır. EF değeri %35-40'ın altında olması sistolik işlevlerin bozukluğunu gösterir (Badır 2014).

Talyum sintigrafisi: Bu yöntem daha çok kalbin beslenme durumunu gösterir. İntravenöz olarak verilen Talyum 201'den sonra yapılan sintigrafi ile kalbin haritası çıkarılır. Talyum 201 canlı hücrelerce tutulduğundan bu yöntemle kalbin iskemik bölgeleri görülebilir (Demir 2008).

Akciğer filmi: Kalp büyümesini değerlendirmede, sağ ve sol ventriküler büyümeyi ayırt etmede ve akciğerlerde sıvı birikimi olup olmadığını değerlendirmede kullanılır (Dolar 2005; Badır 2014).

Hemodinamik izlem: Sağ ventrikül yetersizliğinde santral venöz basınç ve sağ ventrikül basıncında artma olurken, sol ventrikül yetersizliğinde pulmoner arter tıkalı basıncında, sistemik vasküler dirençte ve kalp debisinde düşme saptanır (Badır 2014).

Göğüs radyogramı: Kalp yetersizliğinde göğüs radyogramı tanısal incelemelerin temel bileşenlerinden biridir. Pulmoner konjesyonun değerlendirilmesine ve nefes darlığına yol açan önemli pulmoner ya da torasik nedenlerin ortaya çıkarılmasına olanak sağlar (Enç 2014).

Transözofajiyal ekokardiyografi (TÖE): Transtorasik EKO penceresi yetersiz olan, (obezite, ventilasyon uygulanan hastalar), komplikasyonlu kapak sorunu olan, endokarditten kuşkulanan, doğumsal kalp hastalığı ya da Atriyal fibrilasyonu (AF) bulunan hastalarda sol atriyal apendikte trombüsün çıkarılması için önerilir (Enç 2014).

Stres ekokardiyografi (dobutamin/egzersiz EKO'su): İskemiye bağlı ventrikül işlev bozukluğunu saptamaktadır. Belirgin hipokinezi ya da akinezi olması durumunda miyokardın canlılığını değerlendirmede kullanılmaktadır (Enç 2014).

2.8.Kronik Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

Kalp yetmezliği sınıflandırılması semptomun şiddetine ve eforun miktarına göre belirlenir. New York Kalp Birliği tarafından (New York Heart Association-NYHA) 1994 yılında kalp yetersizliğinin fonksiyonel kapasitesini değerlendirmek

amacıyla bir sınıflandırma sistemi oluşturuldu. Bu sınıflandırmaya göre fonksiyonel kapasite dört ayrı grupta değerlendirilmektedir (AHA medical/scientific statement 1994) (Tablo 2.2).

Amerikan Kalp Birliği ve Amerikan Kardiyoloji Birliği (AHA/ACC) NYHA sınıflandırmasını içine alacak şekilde 2009 yılında yeni bir sınıflandırma tanımlamıştır. Bu yeni sınıflandırma büyük ölçüde hastaların klinik durumuna dayalı ve hekimlerin tedavilerini özgül hasta alt gruplarına odaklanmış biçimde yönlendirmesine izin vermektedir. Hastalar genelde bu sınıflandırmada ileriye doğru gidiş gösteriyor gibi olsalar da bazen D'den C'ye gerileme görülebilir (Bristow 2001; Hunt ev ark; Ganiats et al.2009; ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults; .J AM Coll Cardiol 2009) (Tablo 2.2).

Tablo 2-2: Kronik kalp yetersizliğinin sınıflandırılması

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

(ACC = American College of Cardiology: Amerikan Kardiyoloji Birliği; AHA = American Heart Association: Amerikan Kalp Birliği 2005; The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. Little Brown & Co;1994).

2.9.Kronik Kalp Yetersizliğinde Tedavi

Kalp yetersizliği tedavisinde hedef morbidite ve mortaliteyi düşürmektir. Semptomatik kalp yetersizliği ve sistolik işlev bozukluğu bulunan hastalarda ilaç (anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-İ), aldosteron antagonistleri, beta blokerler, anjiotensin reseptör blokerleri (ARB), diüretik, antikoagülanlar digoksin ve cihaz kullanımına (pacemaker uygulamaları, Implantable Cardioverter Defibrillator ICD) ilişkin tedavi stratejileri vardır (Enç 2014).

2.9.1.Farmakolojik Tedavi

Kronik kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde, ACE inhibitörleri, diüretikler, vazodilatörler, aldesteron reseptör antagonistleri, digoksin, ve beta blokör reseptörleri grubu ilaçlar yer alır (Baykal ve ark 2002; Julian et al 2003).

ACE İnhibitörleri: Ejeksiyon fraksiyonu normalin altında olan, sol ventrikül sistolik fonksiyonu %40-45'den düşük semptomatik ya da asemptomatik olan hastalarda ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. ACE inhibitörleri MI ve ani ölüm riskini azalmaktadır (**Öneri sınıfı I, kanıt düzeyi A**). EF \leq %40 olan tüm hastalarda, KY nedeniyle hastaneye yatışları ve erken ölüm riskini azaltmak için bir betablokere ek olarak bir ACE inhibitörü önerilmektedir (**Tavsiye sınıfı I, Kanıt düzeyi A**) (ESC 2012 kılavuzu).

ACE inhibitörleri pulmoner konjesyonu azaltıp arterlerde dilatasyonu sağlar. Bu durumda periferik direnç düşer, ard yükü azalır ve kalp debisinde artış olur. Hipotansiyona ve böbrek fonksiyonların bozulmasına neden olur. Bu yüzden günlük sıvı, kilo kontrolü ve kan basıncı takibi yapılması gerekir (Dolar 2005; Badır 2010; Bristow 2001).

Beta Blokerler: Semptomatik KY bulunan ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon LVEF \leq %40 olan bütün hastalara eğer kontrendikasyon ya da tolerans sorunu yoksa β -bloker tedavisi uygulanmalıdır. β -bloker tedavisi hastanın ventrikül işlevini ve genel sağlık durumunu düzeltir, hastaneye yatışları azaltır ve sağkalımı oranını artırır (**Tavsiye sınıfı I, kanıt düzeyi A**) (ESC 2008 Kılavuzu). Bu ilaçlar kalp üzerindeki artan ve uzayan sempatik uyarıların etkisini azaltıp, sinyal ileti sistemini duyarsızlaştırmaktadır (Baykal ve ark 2002; Cowan et 2008; Crawford 2010; Kozan ve Zoghi 2010). Beta blokerler ejeksiyon fraksiyonunu düzenler, ventrikül hacmini daraltır ve atım basıncını artırır (Erol 2004; Korkmaz 2003; Dolar 2005).

Diüretikler: Dolaşım konjesyonu, periferik ve pulmoner ödemi azaltmak amacıyla kullanılan ilk tedavi seçeneğidir. Sodyum ve sıvı tutulumunu önleyerek sıvı volüm yükünü azaltmaktadır (Ciddi 2010, Gökçe 2008)

Vazodilatörler: Kalp debisini artırmak için kullanılır (Cowan et al 2008; Crawford 2010). Vazodilatör etki kalbin etkilenen yerlerine göre değişiklik gösterir; nitratlar genellikle vazodilatör etki, ACE inhibitörleri hem venöz hem de arteriyel dilatasyon etki yaparlar (Julian et al 2003).

Digoksin: Kontraktiliteyi arttırıp uzun süre kalp yetersizliği tedavisinde kullanılır. NHYA III-IV sınıf hastalarında tedavi seçeneğidir. Vazodilatasyonu sağlayıp, kalp hızı yavaşlar ve ejeksiyon fraksiyonu artar. Digoksin ölüm riskini azaltmaz fakat semptomların rahatlamasını ve egzersiz kapasitesini arttırır. Venöz basınçta, ventrikül doluş basıncında azalma olur, kardiyak debide artmaya neden olur (Kepez ve ark 2004; Dolar 2005; Ulusal Kalp Sağlığı Politikası TKD Arşivi 2004; Yılsen 2003; Gökçe 2008).

Semptomatik KY ve AF (atriyal fibrilasyon) olan hastalarda, öncelikle diğer tedavilerin tercih edilmesine rağmen, ventrikül hızını yavaşlatmak amacıyla digoksin kullanılabilir (ESC 2008; Purcell and Kalra 2009; Kozan ve Zoghi 2010).

2.9.2.Farmakolojik Olmayan Tedavi

Avrupa Kalp Yetersizliği Araştırması verilerine göre, KKY olan hastaların çoğunluğu tedavisini ve diyetini anlamakta ya da hatırlamakta güçlük yaşadıklarını belirtmektedir. Hastalığının başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için yaşam şeklindeki değişimler hakkında hasta ve ailenin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastalar günlük aktivitelerini ve diyetlerini değiştirmek zorundadır. Bu değişimler yapılırken hasta ve ailesinin öz bakımı ne derece sağlayabileceklerine yönelik hemşirelik değerlendirmesi yapılmalıdır. Hemşire, hasta ve ailesine yaşam biçimi değişiklikleri, eğitimi ve danışmanlığı konusunda anahtar rol oynamaktadır. Hastaya eğitim verilirken hastanın eğitim durumu, daha önceki sağlık sorunları deneyimleri, yaşı, mesleği, gelenek-görenek, inançları göz önünde bulundurulmalı ve yaşam biçimindeki değişiklikler hasta ile birlikte kararlaştırılmalıdır (Enç ve ark. 2007; ESC 2008; Kozan ve Zoghi 2010). Hastaların tedaviden olumlu sonuç alabilmeleri için; hastalığın nedenleri, bulguları, diyet, tuz ve su kısıtlaması, ilaçların etkileri ve yan etkileri, iş ve diğer fiziksel aktiviteleri nasıl yapmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Ayrıca hastalara yaşam şeklinde değişiklikler yapması ve hastalığına yaklaşımının nasıl olması gerektiği konusunda eğitim verilmelidir (Abraham and Krum 2007; Enç ve ark. 2007). Bu nedenle hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzeltten farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Enç 1998; Brodie ve ark. 2008) (Tablo 2.3).

Tablo 2-3: KKK' de Farmakolojik Olmayan Tedavi ve Kanıt Düzeyleri

| Farmakolojik Olmayan Tedavi | | Açıklama | Kanıt Düzeyi |
|-----------------------------|--------------------|---|---|
| Vücut izlenmesi | ağırlığının | Günlük rutin uygulamalarında hastalar, vücut ağırlıklarını ölçerek ağırlıklarını takip etmelidirler. KY'li obez kişilerde [Beden kitle indeksi (BKİ) >30 kg/m ²] hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları azaltmak ve genel sağlık durumunu iyileştirmek için vücut ağırlığı azaltılmalıdır (ESC 2008 Kılavuzu). Hasta üç gün içinde 2 kg'ın üzerinde kilo artışı olması durumunda diüretik dozunu yükseltebilir ve sağlık ekibini bu durumdan haberdar etmelidir. Diüretiklerin aşırı kullanılması durumunda aşırı sıvı hacmi kaybının oluşturduğu riskler de açıklanmalıdır (ESC 2008). | Tavsiye sınıfı I, kanıt düzeyi C |
| Diyet ve beslenme | | Kardiyak yetmezliğin düzeltilmesinde düşük tuz içeren diyetler etkilidir. Tüm KY hastalarının yemeklere tuz ilave etmemesi ve tuzlu olduğu bilinen yiyeceklerden uzak durması konusunda uyarılmalıdır. Günlük tuz alımının sınırlandırılması (2-3 g) hastanın diüretik ihtiyacını azaltır (ESC 2008). | Tavsiye sınıfı I, kanıt düzeyi C |
| Alkol | | Alkol negatif inotropik etki yapabilir. Kan basıncında (KB) artış ve aritmi riskiyle bağlantılı olabilir. Aşırı tüketim zararlı olabilir. Alkol tüketimi günde 10-20 g ile sınırlandırılmalıdır (günde 1-2 bardak şarap) Alkole bağlı kardiyomiyopati olduğu düşünülen hastalarda alkol tamamen kesilmelidir (ESC 2008). | Tavsiye sınıfı IIb, Kanıt düzeyi C |
| Sigara | | Kardiyovasküler hastalık için bilinen bir risk faktörlerinden biri de sigara içmektir. Hastaların destek ve tavsiyelerle sigara bırakmaları sağlanmaktadır. Hastalar kesinlikle sigara konusunda uyarılmalıdır (ESC 2008 Kılavuzu). | Tavsiye sınıfı I, kanıt düzeyi C |

Tablo 2-3: KKK' de Farmakolojik olmayan tedavi ve kanıt düzeylerinin devamı

| Farmakolojik Olmayan Tedavi | Açıklama | Kanıt Düzeyi |
|------------------------------------|--|---|
| Aktivite ve Egzersiz | <p>KY'liği semptomatik olan hastaların çoğu fiziksel aktiviteleri azdır. Bu durum hastalığın ilerlemesine sebep olmaktadır. Başlangıçta gözetim altında düzenli direnç ve güç egzersizleri vagal tonusu artırarak ve sempatik aktivasyonu azaltarak otonom kontrolünü geliştirir, kas gücünü ve vazodilatatör kapasiteyi artırır ve endotelial işlev bozukluğunu ve oksidatif stresi azaltır (ESC 2008 Kılavuzu)</p> <p>Durumu stabil olan kronik KY hastalarına egzersiz programları önerilmektedir. KY olan hastaların egzersiz programları oluşturulurken (hastalığın etiyojisi, NYHA sınıfı, LVEF ya da hangi ilacı kullandığına dair) sınırlandırılması gerektiğini gösteren kanıt yoktur. Egzersiz programlarının evde ya da hastanede uygulanması arasında fark bulunmamaktadır (ESC 2008 Kılavuzu)</p> | <p>Tavsiye sınıfı IIa, Kanıt düzeyi C</p> <p>Tavsiye sınıfı I, kanıt düzeyi B</p> |
| Cinsel etkinlik | <p>Hafif ya da orta şiddetteki KY'liği hastalarında cinsel aktivitenin etkisi konusunda çok az kanıt bulunmaktadır. NYHA sınıfındaki III-IV hastalarında cinsel aktiviteyle tetiklenen dekompanseasyon riski yüksektir. Orta düzey efor gerektiren egzersiz durumlarında hastalar cinsel aktivite sırasında dispne, çarpıntı ya da angina seyrek görülür. Hastalara cinsel aktivite sırasında dispne ve göğüs ağrısına karşı profilaktif olarak dilaltı nitrogliserin önerilir (ESC 2008 Kılavuzu).</p> | Tavsiye sınıfı I, kanıt düzeyi A |
| Seyahat | <p>Semptomatik KY hastaların yüksek rakımlı (>1500 m), çok sıcak ve nemli yerlere gitmeleri sakıncalıdır. Planlanan gezilerse KY ekibiyle kararlaştırılmalıdır. Yolculuklarda, havayolu taşımacılığı kullanılmalıdır (ESC 2008 Kılavuzu).</p> | Tavsiye sınıfı I, kanıt düzeyi C |

2.10.Kronik Kalp Yetersizliğinin Komplikeasyonları

Kronik kalp yetersizliğinin birçok komplikeasyonu bulunmaktadır (Tablo 2.4).

Tablo 2-4: Kronik kalp yetersizliğinin komplikeasyonları

| Komplikasyonlar | Açıklama |
|--------------------------------|---|
| Plevral effüzyon | Kapillerdeki basıncın artmasıyla plevral boşlukta sıvı birikmesine denir. |
| Disritmiler | Kronik kalp yetersizliği kalp odalarının genişlemesine/ büyümesine neden olur. Bu büyüme özellikle atriyumlarda normal elektriksel akımın değişmesine (atriyal ve ventriküler dokularda esneme/gerilmeye) yol açabilir. Atriyal fibrilasyon sıklıkla görülebilen bir disritmidir. Aynı zamanda atriyal fibrilasyon (AF) atriyumlar içinde trombus oluşmasına ve bu yolla emboliye yol açabilir. |
| Sol ventriküler trombus | Trombus oluşumu, sol ventrikül kontraktilesini azaltabilir böylece kalp debisi azalır ve hastanın perfüzyonu ilerleyen zaman içinde daha fazla kötüleşebilir. |
| Hepatomegali | Özellikle sağ kalp yetersizliği ciddi hepatomegaliye yol açabilir. Karaciğer loblarında venöz kan konjesyona yol açar. Hepatik konjesyon, karaciğerde işlev bozukluğuna neden olur. Hatta karaciğer hücreleri ölür, fibroz oluşur ve siroz meydana gelebilir. |
| Renal yetersizlik | Kronik kalp yetersizliği ile birlikte kalp debisinde azalma, renal perfüzyonda azalmaya ve yetersizliğe sebep olabilir |

(Enç 2014).

2.11.Kronik Kalp Yetersizliğinde Uyum

Kişilerin hastalıklarına uygun ilaçların başlanması, ilaçların zamanında kullanımı, önerilen diyet ve yaşam tarzındaki değişiklikler uyum olarak tanımlanmaktadır (Oğuz 2009; Battegay Lip and Bakris 2009).

Hastanın eğitim düzeyinin düşük olması, işsizlik ve yoksulluk tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir. Tedavi ile ilgili faktörler sık sık tedavinin değişmesi, tedavinin karmaşıklığı, ilaçların yan etkileri, fiyatları hastanın tedaviye olan uyumunu olumsuz etkilemektedir. Hasta ile ilgili faktör ise, hastanın tedaviye olan inancı, bilgisi ve başarmak istemesindeki konsantrasyonudur (<http://www.Deuhyoedergi.Org>, Sezgin ve Mert 2015).

Hastalar tedavinin etkileri, yan etkileri ve ilaçların nasıl alınacağı ve dozun nasıl yükseltileceği konularında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Sağlık çalışanları ile hastalar arasında güçlü bir ilişki olması ve hastanın aktif bir sosyal ilişki ağından yeterli destek görmesi tedaviye uyumu olumlu yönde etkiler. Aile üyelerinin eğitim programlarına ve tedavi bakım konusundaki kararlara katılması sağlanmalıdır (<http://www.Deuhyoedergi.Org>, Sezgin ve Mert 2015).

Kronik kalp yetmezliğinde semptomların kötüleşmesine sebep hastalık yönetimindeki uyumsuzluktur. Hemşireler bireylerin hastalığı nasıl algıladıklarını değerlendirerek tedaviye uyumu kolaylaştırırlar. Hastaların algılarını değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir, hastalık ve tedavi ile ilgili yanlış algıları düzeltebilirler. Hemşireler böylece hasta ve ailesine doğru bilgi verebilir, yanlış endişelerine yönelik eğitim verebilir. Hastaların endişelerine odaklanarak etkili psikolojik danışmanlık sağlanabilir ve olumlu algıları geliştirilebilir (Kocaman 2008).

Uyum, hasta merkezli olmakla birlikte sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişki ile sağlanır. Bu sebeple iletişim esnasında hastalar desteklenmeli ve iletişimi olumsuz etkileyecek davranışlardan kaçınılmalıdır. KKY hastalarının önerilen tedaviye uygun yaşam tarzını benimsemeleri sonucunda, sağlık sistemindeki ekonomik yük azalarak, hastaneye yatışlar büyük oranda önlebilecektir (Hatchett and Thopson 2002; Battegay, Lip and Bakris 2009; Oğuz 2009; Özdemir 2009).

2.12.Kronik Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi

Günümüzde sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olup mevcut sorunları ile baş edebilmesi, sınırlılıkları içinde maksimum düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile birlikte ele alınmaktadır (Akdemir ve Birol 2004). DSÖ'ne göre yaşam kalitesi; bireyin gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında hayattaki durumunu algılama şeklidir (Başaran ve Güzel; Sarpel 2005).

Yaşam kalitesi mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali olarak ifade edilebilir. Bir başka deyişle genel bir iyilik hali olmasının yanında yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesidir (Akdemir ve Birol 2004).

Yaşam kalitesini ilgilendiren durumlar dört temel grup altında değerlendirilebilmektedir:

Psikolojik esenlik: Yaşamdan doyum alma, beden imgesi, oto kontrol, yararlılık, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, anksiyete, duygusal reaksiyonlar değerlendirilir (Akdemir ve Birol 2004; Şenol ve Türkay 2006).

Fiziksel esenlik: Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, cinsel aktivite, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar değerlendirilir (Akdemir ve Birol 2004; Şenol ve Türkay 2006)

Sosyal ve bireysel esenlik: Bireyin ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, mahremiyet, başkalarından destek görmesi, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma biçimi, çalışma durumu değerlendirilir (Akdemir ve Birol L, 2004; Şenol ve Türkay 2006)

Parasal/maddi esenlik: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma koşulları, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu değerlendirilir (Sadik ve Yousif; Mcelnay 2005; Demir 2008).

2.11.Kronik Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı

Hastalar kronik hastalıkların zorunlu kıldığı değişimlere alışıp bu değişikliklerle yaşamayı öğrenirken psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile hastaların uyum sorunları, psikolojik tepkileri, hastalık davranışları, baş etme yöntemleri, destek sistemlerine yönelik uygun bakım girişimleri yapılabilir. Hemşirelik bakımı, hastayı bütüncül değerlendirip yaşam kalitesi boyutlarını olumlu yönde etkilemeyi hedef almalıdır. Bu nedenle hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelteren farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Barutçu 2011).

KKY'li hastalarında yaşam kalitesinin artırılmasında hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve davranış değişikliği kazandırılması önem taşır. Bu konuda hastaların tedaviye olan inançları, uyumu, yaşam şeklinde değişimler yapması, planlanan bakıma aktif katılımı ve işbirliği gerekmektedir. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (Özer ve Argon 2005).

KY olan bireylerin başarılı hastalık yönetimi için hasta ve ailelerin uygulaması gereken, temel ve uzun dönem yaşam şekli düzenlemeleri vardır (Özen 2011). Bu düzenlemeler; diyet ve aktivitelerinin değişimi, kompleks ilaç reçetelerine bağımlılıkları ve semptomların yönetimini içerir (Özen 2011).

Hemşirelik bakımının amacı; bireyin yaşam kalitesinin sosyal, fiziksel ve psikolojik yönlerini olumlu şekilde etkilemektir. Birey, bu yaklaşımda merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır. Bakım sorumluluğunu kendisi üstlenir. Bu sebeple uygulanacak hemşirelik bakımı kapsamlı olmalı ve birey kendi bakımına doğrudan katılmalıdır. Bunun için gerekli eğitim programları hastalara uygulanmalı ve bireyin öz bakımı geliştirilmelidir (Demir 2008).

Sağlık profesyoneli olarak hemşireler hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için hastayı sadece biyopsikososyal yönden değil hastanın eğitimi, tepkileri, düşünceleri, duyguları, bireysel özellikleri, gereksinimleri, sosyal destek sistemleri ile değerlendirmeli, yaşam kalitesi kavramını benimsemelidir. Bu kavramın bilinmesi ile hasta sadece objektif göstergelerle değil subjektif açıdan da değerlendirilebilir, hasta-

hemşire iletişimi ve hemşirelik uygulamaları gelişebilir. Bunun sonucunda tekrarlı yatışlar önlenerek, hastane masrafları azalır ve hastaların yaşam kalitesi artar (Barutçu 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma Kronik Kalp Yetersizliği hastalarının ilaca diyeteye uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve ilaca diyeteye uyumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2.Araştırma Soruları

- Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde yatan kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların sosyodemografik ve kronik kalp yetersizliği özelliklerine ilişkin bulgular nelerdir?
- Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde yatan kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların diyeteye uyum hakkındaki inanç düzeyleri nasıldır?
- Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde yatan kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların ilaca uyumları hakkında inanç düzeyleri nasıldır?
- Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde yatan kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların yaşam kaliteleri nasıldır?
- Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde yatan kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların ilaca ve diyeteye uyumlarının yaşam kalitesi ile ilişkine yönelik düzeyleri nasıldır?

3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde yatan kalp yetersizliği tanılı hastalara uygulandı. Bu çalışma 19.10.2015-19.01.2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1.Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini, 19.10.15-19.01.16 tarihleri arasında Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde yatan, kronik kalp yetersizliği hastaları oluşturdu. Kronik kalp yetersizliği tanısıyla kardiyoloji ünitesinde yatan haftalık hasta sayısı 30 kişidir.

3.4.2.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini örneklem seçimine gidilmeden dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 318 hasta oluşturdu. Örnekleme dahil edilmeyen hasta sayısı 17 kişidir, çalışmaya katılmak istemeyen hasta sayısı 25 kişidir (Tablo 3.1).

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini;

- New York Kalp Cemiyeti (New York Heart Association-NYHA) sınıflamasına göre fonksiyonel kapasite sınıf I-II-III-IV olan,
- 18-65 yaş arasında,
- Okuryazar,
- Hekim tanısı almış psikiyatrik sorunu olmayan,
- İleri evre kanser hastası olmayan,
- Bilinci açık olan,
- En az altı ay önce kalp yetersizliği tanısı konmuş kronik kalp yetersizliği hastaları oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterlerini;

- Hastaneye tekrar yatan,
- İletişim sorunu olan,
- Okuma yazma bilmeyen,
- Hekim tanısı almış psikiyatrik sorunu olan,
- İleri evre kanser hastası olanlar oluşturdu.

Tablo 3-1: Örneklem grubu

| Kurum | Dahil edilme kriterlerine uyanlar | Dahil edilme kriterlerine uymayanlar | Çalışmaya katılmak istemeyenler | Toplam yatan hasta sayısı |
|--|--|---|--|----------------------------------|
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 318 | 17 | 25 | 360 |

3.5.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Etik Kurulu onayı (EK-5) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum onayı (EK-6) alındı. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan tüm hastalara görüşme öncesi araştırmanın amacı açıklanarak sözel ve yazılı bilgilendirilmiş olurları alındı (EK-7).

3.6.Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Anket Formu (Ek-1), Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) (Ek-2), İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ) (Ek-3) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4) kullanılarak toplandı.

Araştırmanın verileri, veri toplama araçları kullanılarak hasta odasında, hastalara uygun bir zamanda, tedavi ve bakımların olmadığı saatlerde toplandı. Anket formları 20-30 dk süreyle yüz yüze görüşülerek dolduruldu.

3.7.Veriler Toplama Araçları

3.7.1.Anket Formu (EK-1)

Anket formu toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Bu form; hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin değişkenleri, beden kitle indeksi (BKİ), ejeksiyon fraksiyonu (EF), var olan diğer sağlık sorunları, ne zamandan beri KKY hastası olduğu, hastaneye yatış sıklığı ve süresi, ilaçları ve diyeti hakkında bilgi

durumu, hastalığını takip etme durumlarını sorgulayan 41 soru içermektedir (Sönmez 2011).

3.7.2.Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) (EK-2)

Ölçek Amerika Birleşik Devletleri Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulu'nda, 2000 yılında SJ. Bennett ve ark. tarafından Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki 2010 yılında geçerlik ve güvenilirliği Oğuz ve arkadaşları tarafından yapıldı (Oğuz ve ark. 2010). Sağlık inanç modeli, sağlık davranışlarını (kendi kendine meme muayenesi, diyetle kolesterolü azaltma gibi) geliştirmede rehber olarak kullanılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmakta yarar ve engel olmak üzere 2 alt boyutu vardır. 5'li Likert tipi ölçektir. 1,2,3,4,5,11,12. maddeler kişinin yarar algısını, ikinci alt boyutu 6,7,8,9,10. maddeler engel algısını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışın yararlarını daha büyük algıladığını göstermektedir. En yüksek toplam puan 35, en düşük 7'dir. En yüksek toplam puan 25, en düşük 5'dir. Ölçeğin 2. maddesi ters kodlamadır. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 60'tır (DUHIÖ yarar ve engel alt boyutları Cronbach's alpha değerleri: 0,90-0,91) (Sönmez 2011).

3.7.3.İlaca Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (İUHIÖ) (EK-3)

Ölçek Amerika Birleşik Devletleri Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulu'nda 2000 yılında SJ. Bennett ve ark. tarafından Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirilmiştir Bireyin ilaca uyum hakkındaki inancı ölçmekte olup yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Ölçeğin ülkemizde 2010 yılında geçerlik ve güvenilirliği Oğuz ve arkadaşları tarafından yapıldı (Oğuz ve ark. 2010).İlaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Bireyin ilaca uyum hakkındaki inancını ölçmekte olup, yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır ve 1,2,7,9,10,11. maddeleri kişinin yarar algılamasını, 3,4,5,6,8,12. maddeler ise engel algısını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan, yapılan davranışın yararlarını daha fazla algıladığını göstermekte ve en yüksek toplam puan 30, en düşük 6'dır. Engeller alt ölçeğindeki en yüksek puan ise, bir davranışı yapmada daha fazla büyük engelleri algıladığını göstermektedir. 5'li Likert tipi ölçektir. Kesinlikle karşıyım 1 puan, karşıyım 2 puan, kararsızım 3 puan, katılmıyorum 4 puan, kesinlikle katılmıyorum 5 puan verilmiştir. Ölçeğin 9. maddesi ters kodlamadır. Ölçeğin aldığı

en yüksek toplam puan 60, en düşük toplam puan 12'dir (ÜHIÖ Cronbach's alpha değerleri: 0,86-0,86) (Sönmez 2011).

3.7.4.SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4)

Yaşam kalitesi Ölçeği (SF-36) Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği 14 yaş ve üzeri bireylerin kendi kendilerine ya da araştırmacının yardımı ile cevaplayabilecekleri bireysel değerlendirme ölçeğidir (Ware and Sherbourne 1992). Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36) 1995 yılında Pınar tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve böbrek hastalarını içeren kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar (1995) çalışmasında Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa değerini 0,92 olarak belirtmiştir (Pınar 1995).

Fiziksel fonksiyonellik (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), Fiziksel rol (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı, genel sağlık (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), sosyal fonksiyonellik, canlılık (enerji ve yorgunluk), duygusal rol (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), genel ruh sağlığı olmak üzere otuz altı ifade içeren ölçek sekiz bölümden oluşmaktadır (Ware and Sherbourne 1992). SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama) Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arası değişen değerler almaktadır (Pınar 1995).

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın tek merkezde yapılması
- Hasta sayısının kısıtlı olması
- Ev dışına çıkamayacak olan hastalara ulaşamaması
- Hekim tanısı ile psikiyatrik sorunu olduğu için iletişim kurulamayan hastaların dâhil edilememesi araştırmanın kısıtlılıklarındandır.

3.10.Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 22,0 istatistik paket programında değerlendirildi. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) tek değişkenli

analizlerde hastaların sosyodemografik ve kronik kalp yetmezliğine ilişkin özelliklerine göre Diyete ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımının belirlenmesinde parametrik testlerden t testi, tek yönlü varyans analizi ve nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. Diyete ve ilaca uyumun yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesinde Kolmogrow Smirnow testi sonuçlarına göre normal dağılıma uygunluk gösteren veriler için Pearson, normal dağılıma uygunluk göstermeyen veriler için Spearman korelasyon analizinden yararlandı. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ değeri kabul edildi (Tablo 3.2).

Tablo 3-2: Kullanılan istatistiksel analizler ve değerlendirilen parametreler

| Kullanılan istatistiksel analizler | Değerlendirilen parametreler |
|---|---|
| Tek yönlü varyans analizi (Anova) | Tanıttıcı özellikler bilgi formunda yer alan demografik özelliklerden yaş, BKİ, hastanede bulunulan gün sayısı, ödem kontrolü yapma durumu, düzenli egzersiz yapma durumuna ilişkin bilgilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi kullanıldı. |
| T-testi | Cinsiyet, ejeksiyon fraksiyonu, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış, düzenli kontrole gitme, son altı ayda hastaneye yatış, son altı ayda acil servise başvuru, son altı ayda acil servise başvuru sayısı, yatış ve acil servise başvuru sonrası kontrole gitme, kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alma, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma, evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapma, hastalığın aile ve iş yaşamına olumsuz etkisini değerlendirmek amacıyla t testi kullanıldı. |
| Kruskall Wallis Varyans analizi | Medeni durum, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, birlikte yaşanan kişi/kişiler, algılanan ekonomik durum, sigara içme durumu, sigarayı bıraktıktan bu yana geçen süre, alkol alma durumu, fiziksel aktiviyete göre kalp yetersizliği sınıflaması, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısını tespit etmek için Kruskall wallis varyans analizi yapıldı. |
| Mann Whitney U testi | Sağlık güvencesi, günlük içilen sigara sayısı, eşlik eden kronik hastalık, son altı ayda acil servise başvuru sayısı belirlemek için Mann Whitney U testi kullanıldı. |

4. BULGULAR

Bu araştırmaya Trakya bölgesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Ünitesinde 19.10.2015-19.01.2016 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 318 hasta dahil edildi. Bu araştırma Kronik Kalp Yetersizliği hastalarının, ilaca diyete uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve ilaca diyete uyumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile planlandı. Elde edilen bulgular 4 başlık altında ele alındı.

1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Hastaların Diyete ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
3. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
4. Hastaların İlaça ve Diyete Uyumlarının Yaşam Kalitesi İle İlişkine Yönelik Bulgular

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de gösterilmektedir. Hastaların yaş ortalaması $64,99 \pm 11,08$ ’dir. Araştırma grubunun %59,1’i (n:188) kadın ve %4,4’ü (n:14) evlidir. Hastaların %56,7’si (n:177) okuryazar olduğunu ve %36,0’ı (n:114) en uzun süre köyde yaşadığını bildirdi. Örneklem %89’unun (n:282) ailesiyle yaşadığını ve %89,5’i (n:280) ekonomik durumunu orta olarak algıladığını belirtmektedir. Kronik kalp yetersizliği hastalarının %99’nun (n:309) sağlık güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

| Sosyodemografik özellikler (n=318) | n | % | |
|------------------------------------|---------------------------------|-----|------|
| Yaş (Ort±ss=64,99±11,08) | 30-44 | 17 | 5,3 |
| | 45-54 | 37 | 11,6 |
| | 55-64 | 99 | 31,1 |
| | 65-74 | 86 | 27,0 |
| | 75 ve üzeri | 79 | 24,8 |
| Cinsiyet | Kadın | 188 | 59,1 |
| | Erkek | 130 | 40,9 |
| Medeni durum | Evli | 14 | 4,4 |
| | Bekar | 59 | 18,6 |
| | Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor | 245 | 77,0 |
| Eğitim durumu | Okuryazar değil/okuryazar | 177 | 56,7 |
| | İlkokul | 49 | 15,7 |
| | Ortaokul | 45 | 14,4 |
| | Lise | 15 | 4,8 |
| | Üniversite ve üzeri | 26 | 8,3 |
| En uzun süre yaşanan yer | Köy | 114 | 36,0 |
| | Kasaba | 88 | 27,8 |
| | İlçe | 21 | 6,6 |
| | İl | 94 | 29,7 |
| Birlikte yaşanan kişi/kişiler | Aile | 282 | 89,0 |
| | Arkadaş/torun | 8 | 2,5 |
| | Yalnız | 27 | 8,5 |
| Algılanan ekonomik durum | İyi | 19 | 6,1 |
| | Orta | 280 | 89,5 |
| | Kötü | 14 | 4,5 |
| Sağlık güvencesi | Var | 309 | 99,0 |
| | Yok | 3 | 1,0 |

Hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4,2'de gösterilmektedir. Hastaların BKİ ortalaması $28,84 \pm 7,60 \text{ kg/m}^2$ olup, %36,2'si (n:114) obezdir. Ejeksiyon fraksiyonu %50'nin altında olan hastaların oranı (n:161) %53,5'tir. Örneklemin %11,2'si (n:35) halen sigara içtiğini, %70,4'ü (n:19) günde içtiği sigara sayısının 11 ve üzerinde olduğunu belirtmektedir. Sigarayı bırakmış olan hastaların %40,4'ü (n:36) 11 yıl ve daha uzun bir süre önce sigarayı bıraktığını bildirdi. Araştırma grubunun %12,9'u (n:41) tarafından alkol aldığı bildirildi.

Araştırma grubunda kalp yetersizliğine eşlik eden hastalıklar içerisinde ilk sırada (%67,2; n:176) hipertansiyon yer aldığı belirlendi. Hastaneye başvuruya neden olan semptomlar içerisinde en fazla (%56,2; n:168) oranda göğüs ağrısı yer aldığı saptandı. Örneklem içinde fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflanmasına göre sınıf III'e giren hastaların oranı (n:144) %46,3 olarak belirlendi. Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatan hastaların oranı (n:187) %59,4'tür. Yatış sayısı yıllık 1-3 olan hastaların oranı ise %71,6 (n:116)'dır. Hastanede bulunduğunuz kaçınıcı gün sorusuna hastaların %63,1'i (n:197) 1-5 gün olarak cevap verdi. Düzenli olarak kontrole giden hastaların oranı %43,4 (n:138) ve yıllık kontrol sayısı 5 ve üzeri olan hastaların oranı ise %58,0 (n:65)'dir.

Araştırma grubunda son 6 ayda hastaneye yatan ve acil servise başvuranların oranı sırasıyla %64,1 (n:202), %46,6 (n:144) dir. Son 6 ayda 1 kez acile başvuran hastaların oranı %59,8'dir. Örneklem içinde hastanede yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gidenlerin oranı %48,6'dır. Hastaların %51,0'i (n:49) son bir yılda kalp hastalığı nedeniyle üç ve daha fazla kez kontrole gittiğini belirtmektedir. Örneklem grubunda kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alan %16,1 (n:51) oranında hasta olduğu belirlendi. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ve kullandığı ilaçların adını bildiğini belirten hastaların oranı sırasıyla %78,5 (n:245) ve %26,5 (n:81)'dir.

Örneklem içinde ilaçlarını düzenli kullananların oranı (n:273) %87,2'dir. Hastaların %11,0'ı (n:34) evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yaptığı, %34,0'ı (n:16) her sabah aynı saatte tartılmaya özen gösterdiğini bildirdi. Araştırma grubunda ödem kontrolü yapan, kardiyak diyetine uyum sağlayan, düzenli egzersiz yapan hastaların oranı sırasıyla %25,8 (n:80), %38,6 (n:119) ve (n:90) %28,8'dir. Örneklem içinde hastalığının iş ve aile yaşamına olumsuz etkisi olduğunu belirten hastaların oranı sırasıyla %64,6 (n:204) ve %56,5 (n:179)'tir.

Tablo 4-2: Hastaların kronik kalp yetmezliğine ilişkin özelliklerinin dağılımı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | n | % |
|---|----------------------------|----------|
| BKİ (kg/m ²) (Ort±ss=28,84±7,60 min:12,35, mak:75,56) | Zayıf (<18,50) | 10 3,2 |
| | Normal (18,50-24,99) | 92 29,2 |
| | Fazla kilolu (25,00-29,99) | 99 31,4 |
| | Obez (≥30,00) | 114 36,2 |
| Ejeksiyon fraksiyonu (%) (Ort±ss=49,23±13,53 min:5,00, mak:90,00) | ≤50 | 161 53,5 |
| | >50 | 140 46,5 |
| Sigara içme durumu | İçiyor | 35 11,2 |
| | Bırakmış | 104 33,2 |
| | İçmiyor | 174 55,6 |
| Günlük içilen sigara sayısı (Ort±ss=17,22±9,49 min:2, mak:40) | ≤10 | 8 29,6 |
| | ≥11 | 19 70,4 |
| Sigarayı bırakma süresi (yıl) (Ort±ss=10,52±8,55 min:1, mak:37) | ≤1 yıl | 12 13,5 |
| | 2-5 yıl | 25 28,1 |
| | 6-10 yıl | 16 18,0 |
| | 11 yıl ve üzeri | 36 40,4 |
| Alkol alma durumu | Alıyor | 41 12,9 |
| | Bırakmış | 27 8,5 |
| | Almıyor | 249 78,5 |

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. **Kalp Kapakçığı Hastalıkları, ***Kalp Damar Hastalıkları, Doğumsal Kalp Hastalıkları, İskemik Kalp Hastalıkları.

Tablo 4-2: Hastaların kronik kalp yetersizliğine ilişkin özelliklerinin dağılımı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | n | % | |
|--|---|----------------|------|
| Eşlik eden kronik hastalıklar* | Hipertansiyon | 176 | 67,2 |
| | Diyabetes Mellitus | 117 | 44,7 |
| | Kolesterol Yüksekliği | 76 | 29,0 |
| | Böbrek Hastalıkları | 20 | 10,6 |
| | Astım-KOAH | 39 | 14,9 |
| | İnme | 5 | 1,9 |
| | Diğer kalp hastalıkları** | 83 | 31,7 |
| | Diğer | 30 | 11,5 |
| Hastaneye başvuru semptomları* | Göğüs ağrısı | 168 | 56,2 |
| | Nefes almada güçlük | 173 | 56,0 |
| | Öksürük | 19 | 6,1 |
| | Ödem | 43 | 13,9 |
| | Yorgunluk | 108 | 35,0 |
| | Diğer | 92 | 29,8 |
| Fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıflandırması | Sınıf I | 47 | 15,1 |
| | Sınıf II | 90 | 28,9 |
| | Sınıf III | 144 | 46,3 |
| | Sınıf IV | 30 | 9,6 |
| Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış | Evet | 187 | 59,4 |
| | Hayır | 128 | 40,6 |
| Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı | 1-3 kez | 116 | 71,6 |
| | 4-6 kez | 34 | 21,0 |
| | (Ort±ss=3,11±2,57 min:1, mak:15) | 7 kez ve üzeri | 12 |

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. **Kalp Kapakçığı Hastalıkları, ***Kalp Damar Hastalıkları, Doğumsal Kalp Hastalıkları, İskemik Kalp Hastalıkları.

Tablo 4-2: Hastaların kronik kalp yetersizliğine ilişkin özelliklerinin dağılımının devamı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | | n | % |
|--|----------------------|-----|------|
| Hastanede kalınan gün sayısı | 1-5.gün | 197 | 63,1 |
| | 6-10.gün | 71 | 22,8 |
| | 11.gün ve üzeri | 44 | 14,1 |
| Düzenli kontrole gitme | Evet | 138 | 43,4 |
| | Hayır | 180 | 56,6 |
| Son altı ayda hastaneye yatış | Evet | 202 | 64,1 |
| | Hayır | 113 | 35,9 |
| Son altı ayda acil servise başvuru | Evet | 144 | 46,6 |
| | Hayır | 165 | 53,4 |
| Son altı ayda acil servise başvuru sayısı (Ort±2,24±2,26 min:1, mak:10) | Bir kez | 55 | 59,8 |
| | 2 kez ve daha fazla | 37 | 40,2 |
| Yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gitme | Evet | 142 | 48,6 |
| | Hayır | 150 | 51,4 |
| Son bir yılda kalp hastalığı nedeniyle sağlık kontrolü sayısı | Bir kez | 27 | 28,1 |
| | İki kez | 20 | 20,8 |
| | Üç kez ve daha fazla | 49 | 51,0 |
| Kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alma | Evet | 51 | 16,1 |
| | Hayır | 265 | 83,9 |
| Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma | Evet | 245 | 78,5 |
| | Hayır | 67 | 21,5 |
| Kullanılan ilaçların adını bilme | Biliyor | 81 | 26,5 |
| | Bilmiyor | 167 | 54,6 |
| | Kısmen biliyor | 58 | 19,0 |

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. **Kalp Kapakçığı Hastalıkları, ***Kalp Damar Hastalıkları, Doğumsal Kalp Hastalıkları, İskemik Kalp Hastalıkları.

Tablo 4-2: Hastaların kronik kalp yetmezliğine ilişkin özelliklerinin dağılımının devamı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | | n | % |
|--|---|----------|----------|
| Evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapma | Evet | 34 | 11,0 |
| | Hayır | 276 | 89,0 |
| Vücut ağırlığı ölçümünde dikkat edilen noktalar | Her sabah aynı saatte tartılırım | 16 | 34,0 |
| | Her sabah aç karınla tartılırım | 15 | 31,9 |
| | Her gün aynı kıyafetimle tartılırım | 7 | 14,9 |
| | Her gün aynı tartıyı kullanırım | 5 | 10,6 |
| | Üç gün içinde aniden 2 kilonun üzerinde bir kilo artışı olduğunda bir sağlık kuruluşuna giderim | 4 | 8,5 |
| Ödem kontrolü yapma durumu | Evet | 80 | 25,8 |
| | Hayır | 195 | 62,9 |
| | Kısmen | 35 | 11,3 |
| Düzenli egzersiz yapma durumu | Evet | 90 | 28,8 |
| | Hayır | 167 | 53,4 |
| | Kısmen | 56 | 17,9 |
| Hastalığın iş yaşamına olumsuz etkisi | Var | 204 | 64,6 |
| | Yok | 112 | 35,4 |
| Hastalığın aile yaşamına olumsuz etkisi | Var | 179 | 56,5 |
| | Yok | 138 | 43,5 |

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. **Kalp Kapakçığı Hastalıkları, ***Kalp Damar Hastalıkları, Doğumsal Kalp Hastalıkları, İskemik Kalp Hastalıkları.

4.2.Hastaların Diyete ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

KKY tanıli hastaların diyete ve ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4-3’de gösterilmektedir. Hastaların Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği yarar ve engel alt boyutları ve toplam puan ortalamaları sırasıyla 25,94±4,85 (min:12,00, mak:35,00), 12,18±3,17 (min:5,00, mak:24,00), 38,18±5,30 (min:23,00, mak:53,00)’dur.

Tablo 4-3. Hastaların Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Ölçeğin alt boyutları | $\bar{X} \pm ss$ | Ölçeğin min-mak değeri | Hastaların aldığı min-mak değerler | Crosbach’s Alpha |
|-----------------------|------------------|------------------------|------------------------------------|------------------|
| Yarar | 25,94±4,85 | 7,00-35,00 | 12,00-35,00 | 0.74 |
| Engel | 12,18±3,17 | 5,00-25,00 | 5,00-24,00 | |
| Toplam | 38,18±5,30 | 12,00-60,00 | 23,00-53,00 | |

Hastaların İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği yarar ve engel alt boyutları Tablo 4:4’de gösterilmektedir. Hastaların yarar ve engel alt boyutları ve toplam puan ortalamaları sırasıyla 21,93±2,80 (min:10,00, mak:30,00), 17±31±4,16(min:6,00, mak:30,00), 39,31±5,53 (min:16,00, mak:56,00)’tür.

Tablo 4-4: Hastaların İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

| Ölçeğin alt boyutları | $\bar{X} \pm ss$ | Ölçeğin min-mak değeri | Hastaların aldığı min-mak değerler | Cronbach’s Alpha |
|-----------------------|------------------|------------------------|------------------------------------|------------------|
| Yarar | 21,93±2,80 | 6,00-30,00 | 10,00-30,00 | 0.81 |
| Engel | 17±31±4,16 | 6,00-30,00 | 6,00-30,00 | |
| TOPLAM | 39,31±5,53 | 12,00-60,00 | 16,00-56,00 | |

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4-5’de yer almaktadır. Kadınların erkeklere göre Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,044$). Hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, birlikte yaşanan kişi/kişiler, algılanan ekonomik durum değişkenlerinin kategorilerine göre Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4-5: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

| Sosyodemografik özellikler (n=318) | | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test değeri | P |
|--|---------------------|-----|------------------|--------------|---------------|
| Yaş ¹ | 30-54 | 54 | 37,76±5,51 | F:1,423 | 0,236 |
| | 55-64 | 99 | 38,73±5,34 | | |
| | 65-74 | 86 | 37,76±4,79 | | |
| | 75 ve üzeri | 79 | 37,24±5,58 | | |
| Cinsiyet ² | Kadın | 172 | 37,66±5,29 | t:-2,023 | 0,044* |
| | Erkek | 119 | 38,93±5,25 | | |
| Medeni durum ³ | Evli | 12 | 39,17±7,99 | KW: 0,434 | 0,805 |
| | Bekar | 53 | 37,89±5,01 | | |
| | Dul | 226 | 38,19±5,22 | | |
| Eğitim durumu ³ | İlkokul ve altı | 208 | 38,34±5,56 | KW: 1,797 | 0,616 |
| | Ortaokul | 40 | 37,93±4,44 | | |
| | Lise | 14 | 36,43±5,37 | | |
| | Üniversite ve üzeri | 23 | 37,69±4,49 | | |
| En uzun süre yaşanan yer ³ | Köy | 106 | 37,77±4,49 | KW: 7,008 | 0,072 |
| | Kasaba | 78 | 39,62±5,89 | | |
| | İlçe | 21 | 36,05±5,84 | | |
| | İl | 86 | 37,91±5,31 | | |
| Birlikte yaşanan kişi/kişiler ³ | Aile | 261 | 38,19±5,28 | KW: 2,262 | 0,323 |
| | Arkadaş/torun | 7 | 35,14±4,59 | | |
| | Yalnız | 23 | 38,96±5,64 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney U testi, * p<0,05

Tablo 4-5: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı devam

| Sosyodemografik özellikler (n=318) | | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test değeri | P |
|---------------------------------------|------|-----|------------------|-------------|-------|
| Algılanan ekonomik durum ³ | İyi | 19 | 38,11±5,40 | KW:0,190 | 0,910 |
| | Kötü | 14 | 37,93±6,78 | | |
| | Orta | 255 | 38,18±5,23 | | |
| Sağlık güvencesi ⁴ | Var | 282 | 38,25±5,31 | U: -0,423 | 0,672 |
| | Yok | 3 | 37,67±6,43 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney U testi, * p<0,05

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4-6'da gösterilmektedir. Erkeklerin kadınlara göre, ekonomik durumunu kötü olarak algılayanların ilaca Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Yaş, medeni durum, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, birlikte yaşanan kişi/kişiler, sağlık güvencesi değişkenlerinin kategorileri arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4-6:Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Sosyodemografik özellikler (n=318) | | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test | P |
|--|---------------------|-----|------------------|--------|---------------|
| | | | | değeri | |
| Yaş ¹ | 30-54 | 49 | 38,86±6,75 | 0,261 | 0,853 |
| | 55-64 | 91 | 39,12±5,24 | | |
| | 65-74 | 77 | 39,58±5,45 | | |
| | 75 ve üzeri | 71 | 39,58±5,12 | | |
| Cinsiyet ² | Kadın | 117 | 40,49±5,64 | -3,022 | 0,003* |
| | Erkek | 171 | 38,51±5,33 | | |
| Medeni durum ³ | Evli | 12 | 40,75±6,24 | 0,911 | 0,403 |
| | Bekar | 49 | 39,96±5,07 | | |
| | Dul | 227 | 39,09±5,59 | | |
| Eğitim durumu ³ | İlkokul ve altı | 207 | 39,19±5,75 | 6,122 | 0,106 |
| | Ortaokul | 37 | 40,65±4,28 | | |
| | Lise | 14 | 37,57±5,06 | | |
| | Üniversite ve üzeri | 24 | 39,25±6,09 | | |
| En uzun süre yaşanan yer ³ | Köy | 107 | 39,38±5,18 | 5,548 | 0,136 |
| | Kasaba | 79 | 40,38±6,34 | | |
| | İlçe | 20 | 39,50±4,84 | | |
| | İl | 82 | 38,15±5,16 | | |
| Birlikte yaşanan kişi/kişiler ³ | Aile | 257 | 39,42±5,62 | 2,137 | 0,344 |
| | Arkadaş/torun | 7 | 37,14±3,53 | | |
| | Yalnız | 24 | 38,75±4,91 | | |
| Algılanan ekonomik durum ³ | İyi | 19 | 38,00±6,13 | 8,170 | 0,017* |
| | Kötü | 14 | 42,00±9,06 | | |
| | Orta | 252 | 39,27±5,22 | | |
| Sağlık güvencesi ⁴ | Var | 279 | 39,25±5,56 | -1,470 | 0,143 |
| | Yok | 3 | 44,00±7,00 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney U testi, *p<0,05

Hastaların kalp yetmezliğine ilişkin özelliklerine göre Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4-7’de yer almaktadır. Fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflamasında II, III ve IV. sınıfta yer alan hastalara göre sınıf I’de yer alan hastalarda Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Araştırma grubunda Hastanede bulunduğunuz kaçınıcı gün? sorusuna 1-5 ve 11 ve üzeri yanıtını verenlere göre 6-10 yanıtı veren, kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alan, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten hastalarda Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). İlaçları düzenli kullanan, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini bildiğini ve hastalığının iş yaşamına olumsuz etkisi bildiren hastaların belirtilen özelliklerin diğer kategorilerine göre Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$). Hastaların BKİ, ejeksiyon fraksiyonu, sigara içme durumu, günlük içilen sigara sayısı, sigarayı bıraktıktan bu yana geçen süre, alkol alma durumu değişkenlerinin kategorileri arasında Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Örnekleme eşlik eden kronik hastalık, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı, düzenli kontrole gitme, son altı ayda hastaneye yatış, son altı ayda acil servise başvuru, son altı ayda acil servise başvuru sayısı, yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gitme, son bir yılda kalp hastalığı nedeniyle sağlık kontrolü sayısı değişkenlerinin kategorileri arasında Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Araştırma grubunda evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapması, ödem kontrolü yapma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve hastalığın aile yaşamına olumsuz etkisi değişkenlerinin kategorileri arasında Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)

Tablo 4-7: Hastaların Kalp Yetersizliğine İlişkin Özelliklerine Göre Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test değeri | p | |
|--|-----------------------------|------------------|-------------|--------|---------------|
| BKİ(kg/m ²) ¹ | Zayıf/normal (<18,50-24,99) | 91 | 38,29±5,78 | 0,221 | 0,802 |
| | Fazla kilolu (25,00-29,99) | 88 | 38,29±5,01 | | |
| | Obez (≥30,00) | 109 | 37,86±5,11 | | |
| Ejeksiyon fraksiyonu ² | ≤%50 | 131 | 38,64±5,79 | 2,694 | 0,440 |
| | >%50 | 128 | 38,13±4,71 | | |
| Sigara içme durumu ³ | İçiyor | 28 | 37,79±6,14 | 0,325 | 0,850 |
| | Bırakmış | 97 | 38,23±5,19 | | |
| | İçmiyor | 162 | 38,36±5,19 | | |
| Günlük içilen sigara sayısı ⁴ | ≤10adet | 5 | 41,00±5,05 | -1,402 | 0,161 |
| | ≥11 adet | 15 | 36,67±7,37 | | |
| Sigarayı bıraktıktan bu yana geçen süre ³ | 5 yıl ve altı | 35 | 38,46±5,03 | 1,169 | 0,401 |
| | 6-10 yıl | 16 | 37,50±4,88 | | |
| | 11 yıl ve üzeri | 32 | 37,69±4,45 | | |
| Alkol alma durumu ³ | Alıyor | 36 | 37,25±6,18 | 1,015 | 0,602 |
| | Bırakmış | 25 | 37,44±3,89 | | |
| | Almıyor | 229 | 38,41±5,29 | | |
| Eşlik eden kronik hastalık ⁴ | Var | 235 | 38,28±5,11 | -1,582 | 0,114 |
| | Yok | 8 | 40,88±5,82 | | |
| Fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflaması ³ | Sınıf I | 42 | 36,33±5,25 | 12,632 | 0,006* |
| | Sınıf II | 85 | 39,87±6,02 | | |
| | Sınıf III | 131 | 38,00±4,49 | | |
| | Sınıf IV | 28 | 37,04±4,87 | | |
| Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış ² | Evet | 174 | 38,37±4,84 | 4,352 | 0,513 |
| | Hayır | 115 | 37,93±5,97 | | |
| Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı ³ | 1-3 kez | 108 | 38,22±5,84 | 0,294 | 0,863 |
| | 4-6 kez | 30 | 38,73±5,71 | | |
| | 7 kez ve üzeri | 12 | 38,67±3,72 | | |
| Hastanede bulunulan gün sayısı ¹ | 1-5.gün | 177 | 38,37±5,39 | 4,204 | 0,016 |
| | 6-10.gün | 67 | 39,00±4,88 | | |
| | 11.gün ve üzeri | 42 | 36,09±5,38 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney, *p<0.05

Tablo 4-7: Hastaların Kalp Yetersizliğine İlişkin Özelliklerine Göre Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımının Devamı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test değeri | p | |
|--|---------------------|------------------|-------------|--------|--------------------|
| Düzenli kontrole gitme ² | Evet | 124 | 38,02±4,82 | 2,666 | 0,646 |
| | Hayır | 167 | 38,31±5,64 | | |
| Son altı ayda hastaneye yatış ² | Evet | 187 | 38,28±5,76 | 7,792 | 0,695 |
| | Hayır | 102 | 38,05±4,29 | | |
| Son altı ayda acil servise başvuru ² | Evet | 130 | 37,88±5,51 | 0,023 | 0,382 |
| | Hayır | 154 | 38,44±5,21 | | |
| Son altı ayda acil servise başvuru sayısı ⁴ | Bir kez | 48 | 38,17±5,00 | -0,778 | 0,436 |
| | 2 kez ve daha fazla | 13 | 41,00±8,19 | | |
| Yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gitme ² | Evet | 130 | 38,13±4,55 | 7,000 | 0,899 |
| | Hayır | 136 | 38,21±5,98 | | |
| Kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alma ² | Evet | 49 | 39,41±3,77 | 5,198 | 0,024* |
| | Hayır | 241 | 37,93±5,54 | | |
| Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma ² | Evet | 220 | 40,54±4,92 | 0,208 | <0,001** |
| | Hayır | 65 | 37,51±5,18 | | |
| Evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapma ² | Evet | 32 | 38,56±4,39 | 1,444 | 0,661 |
| | Hayır | 254 | 38,12±5,45 | | |
| Ödem kontrolü yapma durumu ¹ | Evet | 76 | 38,79±4,48 | 1,181 | 0,309 |
| | Hayır | 174 | 37,90±5,44 | | |
| | Kısmen | 34 | 39,06±5,84 | | |
| Düzenli egzersiz yapma durumu ¹ | Evet | 81 | 37,64±4,33 | 1,221 | 0,296 |
| | Hayır | 154 | 38,60±5,74 | | |
| | Kısmen | 52 | 37,59±5,31 | | |
| Hastalığın iş yaşamına olumsuz etkisi ² | Var | 184 | 38,73±5,51 | 1,612 | 0,022* |
| | Yok | 106 | 37,25±4,82 | | |
| Hastalığın aile yaşamına olumsuz etkisi ² | Var | 164 | 38,14±5,54 | 0,516 | 0,879 |
| | Yok | 127 | 38,24±4,99 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney, *p<0.05,**p<0,001

Hastaların kalp yetmezliğine ilişkin özelliklerine göre İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4-8'de yer almaktadır. Hastalığı iş ve aile yaşamını olumsuz etkileyen hastalarda etkilemeyenlere göre İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,05$). Araştırma grubunda BKİ, ejeksiyon fraksiyonu, sigara içme durumu, günlük içilen sigara sayısı, sigarayı bıraktıktan bu yana geçen süre, alkol alma durumu, eşlik eden kronik hastalık, fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflaması değişkenlerinin kategorileri arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Örnekleme içinde kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı, hastanede bulunulan gün sayısı, düzenli kontrole gitme, son altı ayda hastaneye yatış, son altı ayda acil servise başvuru, son altı ayda acil servise başvuru sayısı, yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gitme, son bir yılda kalp hastalığı nedeniyle sağlık kontrolü sayısı değişkenlerinin kategorileri arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Araştırma grubunun kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alması, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olması, evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapması, ödem kontrolü yapma durumu, kardiyak diyetle uyum ve düzenli egzersiz yapma durumu değişkenlerinin kategorileri arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 4-8: Hastaların Kalp Yetersizliğine İlişkin Özelliklerine Göre İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test değeri | p |
|---|-----------------------------|-----|------------------|-------------|-------|
| BKİ(kg/m ²) ¹ | Zayıf/normal (<18,50-24,99) | 90 | 39,80±5,88 | 1,026 | 0,360 |
| | Fazla kilolu (25,00-29,99) | 85 | 39,51±5,03 | | |
| | Obez (≥30,00) | 110 | 38,72±5,67 | | |
| Ejeksiyon fraksiyonu ² | ≤%50 | 129 | 40,01±5,69 | 1,959 | 0,051 |
| | >%50 | 128 | 38,65±5,42 | | |
| Sigara içme durumu ³ | İçiyor | 27 | 39,44±6,23 | 4,126 | 0,127 |
| | Bırakmış | 97 | 38,55±4,97 | | |
| | İçmiyor | 161 | 39,75±5,76 | | |
| Günlük içilen sigara sayısı ⁴ | ≤10adet | 6 | 42,17±4,54 | -1,402 | 0,161 |
| | ≥11 adet | 16 | 38,50±7,23 | | |
| Sigarayı bıraktıktan bu yana geçen süre ³ | 5 yıl ve altı | 34 | 38,59±4,58 | 1,053 | 0,591 |
| | 6-10 yıl | 16 | 38,50±4,26 | | |
| | 11 yıl ve üzeri | 33 | 37,36±3,86 | | |
| Alkol alma durumu ³ | Alıyor | 37 | 37,84±5,49 | 5,283 | 0,071 |
| | Bırakmış | 25 | 37,96±4,02 | | |
| | Almıyor | 225 | 39,72±5,64 | | |
| Eşlik eden kronik hastalık ⁴ | Var | 230 | 39,58±5,19 | -1,582 | 0,114 |
| | Yok | 8 | 38,88±3,14 | | |
| Fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflaması ³ | Sınıf I | 42 | 37,71±6,44 | 2,888 | 0,409 |
| | Sınıf II | 84 | 40,40±6,87 | | |
| | Sınıf III | 130 | 39,38±4,16 | | |
| | Sınıf IV | 27 | 39,04±4,35 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney, *p<0.05

Tablo 4-8: Hastaların Kalp Yetersizliğine İlişkin Özelliklerine Göre İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımının Devamı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test değeri | p |
|--|---------------------|-----|------------------|-------------|-------|
| Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış ² | Evet | 170 | 39,41±5,95 | 0,255 | 0,799 |
| | Hayır | 115 | 39,23±4,92 | | |
| Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı ³ | 1-3 kez | 106 | 39,68±6,01 | 1,436 | 0,488 |
| | 4-6 kez | 33 | 39,37±6,26 | | |
| | 7 kez ve üzeri | 11 | 38,82±6,05 | | |
| Hastanede bulunulan gün sayısı ¹ | 1-5.gün | 183 | 39,14±5,98 | 0,732 | 0,482 |
| | 6-10.gün | 61 | 40,03±4,44 | | |
| | 11.gün ve üzeri | 39 | 38,85±5,22 | | |
| Düzenli kontrole gitme ² | Evet | 127 | 39,23±5,46 | -0,229 | 0,819 |
| | Hayır | 161 | 39,38±5,60 | | |
| Son altı ayda hastaneye yatış ² | Evet | 183 | 39,11±5,77 | -1,009 | 0,314 |
| | Hayır | 103 | 39,79±5,07 | | |
| Son altı ayda acil servise başvuru ² | Evet | 132 | 39,16±4,60 | -0,620 | 0,536 |
| | Hayır | 149 | 39,56±6,22 | | |
| Son altı ayda acil servise başvuru sayısı ² | Bir kez | 49 | 39,39±4,60 | -0,553 | 0,582 |
| | 2 kez ve daha fazla | 36 | 39,94±4,55 | | |
| Yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gitme ² | Evet | 132 | 39,69±4,60 | 1,400 | 0,163 |
| | Hayır | 134 | 38,75±6,27 | | |
| Kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alma ² | Evet | 46 | 39,50±3,29 | 0,469 | 0,640 |
| | Hayır | 240 | 39,21±5,79 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney , *p<0.05

Tablo 4-8: Hastaların Kalp Yetersizliğine İlişkin Özelliklerine Göre İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımının Devamı

| Kronik kalp yetmezliğine ilişkin özellikler (n=318) | | n | $\bar{X} \pm ss$ | Test değeri | p |
|---|--------|-----|------------------|-------------|------------------|
| Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma ² | Evet | 218 | 39,13±5,59 | -1,445 | 0,150 |
| | Hayır | 64 | 40,27±5,22 | | |
| Evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapma ² | Evet | 33 | 38,21±4,34 | -1,184 | 0,238 |
| | Hayır | 249 | 39,43±5,71 | | |
| Ödem kontrolü yapma durumu ¹ | Evet | 76 | 39,64±3,94 | 0,460 | 0,632 |
| | Hayır | 175 | 39,07±6,23 | | |
| | Kısmen | 30 | 39,90±5,11 | | |
| Düzenli egzersiz yapma durumu ¹ | Evet | 79 | 38,39±4,58 | 2,245 | 0,108 |
| | Hayır | 152 | 39,90±6,14 | | |
| | Kısmen | 53 | 38,75±4,69 | | |
| Hastalığın iş yaşamına olumsuz etkisi ² | Var | 185 | 40,11±5,51 | 3,467 | 0,001 |
| | Yok | 102 | 37,81±2,29 | | |
| Hastalığın aile yaşamına olumsuz etkisi ² | Var | 161 | 40,80±5,55 | 5,386 | <0,001 |
| | Yok | 127 | 37,43±4,92 | | |

¹Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ²t testi, ³Kruskall Wallis varyans analizi, ⁴Mann Whitney, *p<0.05

4.3.Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı Tablo 4-9'da gösterilmektedir. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol, Ağrı, Genel sağlık, Sosyal fonksiyon, Duygusal rol, Mental sağlık ve Enerji alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla 36,27±34,76 (min:0,00-100,0), 33,20±45,16 (min:0,00-100,0), 57,03±28,36 (min:0,00-90,0), 47,57±13,50 (min:5,00-97,0), 58,29±24,94 (min:0,00-100,0), 39,17±46,89 (min:0,00-100,0), 47,86±20,44 (min:0,00-100,0), 35,94±20,97 (min:0,00 100,0)'dir. Hastaların Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol, Ağrı, Genel sağlık alt boyutlarından oluşan fiziksel sağlık puan ortalaması 45,09±10,69 (min:28,00, mak:72,80), Sosyal fonksiyon, Duygusal rol, Mental sağlık ve Enerji alt boyutlarından oluşan mental sağlık puan ortalaması ise 39,12±10,10 (min:14,00, mak:67,00)'dur.

Tablo 4.9: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Ölçeğin alt boyutları | $\bar{X} \pm ss$ | Ölçeğin min-mak değeri | Hastaların min-mak değerleri |
|------------------------|------------------|------------------------|------------------------------|
| Fiziksel fonksiyon | 36,27±34,76 | 0,00-100,00 | 0,00-100,00 |
| Fiziksel rol | 33,20±45,16 | 0,00-100,00 | 0,00-100,00 |
| Ağrı | 57,03±28,36 | 0,00-100,00 | 0,00-90,00 |
| Genel sağlık | 47,57±13,50 | 0,00-100,00 | 5,00-97,00 |
| Sosyal fonksiyon | 58,29±24,94 | 0,00-100,00 | 0,00-100,00 |
| Duygusal rol | 39,17±46,89 | 0,00-100,00 | 0,00-100,00 |
| Mental sağlık | 47,86±20,44 | 0,00-100,00 | 0,00-100,00 |
| Enerji | 35,94±20,97 | 0,00-100,00 | 0,00-100,00 |
| Fiziksel sağlık | 45,09±10,69 | 0,00-100,00 | 28,00-72,80 |
| Mental sağlık | 39,12±10,10 | 0,00-100,00 | 14,00-67,00 |

Araştırma grubunda diyetle uyumun yaşam kalitesi ile ilişkisi Tablo 4.10'da yer almaktadır. Hastaların Diyetle Uyum Ölçeği Engel alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf ($r: -0,239$, $p:0,000$), Fiziksel rol alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ($r:-0,297$, $p:0,000$), Duygusal rol alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ($r: -0,352$, $p:0,000$), Genel Sağlık alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ($r: -0,125$, $p:0,045$), Fiziksel Sağlık Boyutu arasında ise negatif yönde çok zayıf ($r: -0,146$, $p:0,023$) ilişki bulundu (Tablo 4.10). Hastaların diyetle uyumu arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği bulundu.

Diyetle uyum ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf ($r: -0,124$, $p:0,035$), Fiziksel Rol alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ($r: -0,152$, $p:0,009$), Duygusal Rol alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ($r: -0,226$, $p:0,000$) ilişki bulunmaktadır. Diyetle uyum ile yaşam kalitesi Fiziksel Sağlık Boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf ($r: -0,130$, $p:0,044$) ilişki bulunmaktadır. Hastaların diyetle uyumları arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği bulundu.

Tablo 4.10: Araştırma grubunda Diyete Uyumun Yaşam Kalitesi ile ilişkisi

| Ölçekler ve alt boyutları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----|
| 1.Yarar | | | | | | | | | | | | | |
| 2.Engel | -0,158 0,007 | | | | | | | | | | | | |
| 3.Diyete uyum | 0,806 0,000 | 0,456 0,000 | | | | | | | | | | | |
| 4.Fiziksel fonksiyon | -0,050 0,390 | -0,062 0,298 | -0,088 0,143 | | | | | | | | | | |
| 5.Sosyal fonksiyon | 0,019 0,744 | -0,239 0,000 | -0,124 0,035 | 0,466 0,000 | | | | | | | | | |
| 6.Fiziksel rol | 0,032 0,575 | -0,297 0,000 | -0,152 0,009 | 0,545 0,000 | 0,450 0,000 | | | | | | | | |
| 7.Duygusal rol | -0,017 0,760 | -0,352 0,000 | -0,226 0,000 | 0,518 0,000 | 0,444 0,000 | 0,872 0,000 | | | | | | | |
| 8.Mental sağlık | -0,017 0,778 | 0,010 0,872 | -0,008 0,890 | 0,369 0,000 | 0,470 0,000 | 0,242 0,000 | 0,271 0,000 | | | | | | |
| 9.Enerji | -0,077 0,194 | 0,031 0,607 | -0,075 0,218 | 0,528 0,000 | 0,414 0,000 | 0,260 0,000 | 0,269 0,000 | 0,611 0,000 | | | | | |
| 10.Ağrı | 0,012 0,838 | -0,108 0,069 | -0,036 0,550 | 0,232 0,000 | 0,335 0,000 | 0,259 0,000 | 0,267 0,000 | 0,284 0,000 | 0,272 0,000 | | | | |
| 11.Genel sağlık | -0,053 0,385 | -0,125 0,045 | -0,117 0,060 | 0,400 0,000 | 0,590 0,000 | 0,244 0,000 | 0,311 0,000 | 0,453 0,000 | 0,530 0,000 | 0,329 0,000 | | | |
| 12. Fiziksel sağlık | -0,052 0,404 | -0,146 0,023 | -0,130 0,044 | 0,907 0,000 | 0,632 0,000 | 0,638 0,000 | 0,620 0,000 | 0,463 0,000 | 0,554 0,000 | 0,517 0,000 | 0,639 0,000 | | |
| 13.Mental sağlık | -0,035 0,561 | -0,079 0,198 | -0,095 0,122 | 0,583 0,000 | 0,671 0,000 | 0,444 0,000 | 0,475 0,000 | 0,888 0,000 | 0,844 0,000 | 0,360 0,000 | 0,603 0,000 | 0,682 0,000 | |

Araştırma grubunda ilaca uyumun yaşam kalitesi ile ilişkisi Tablo 4.11'de yer almaktadır. Hastaların İlaça Uyum Ölçeği Yarar Alt Boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf (r: -0,137, p:0,021), enerji alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf (r: -0,182, p:0,002), Genel Sağlık alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf (r: -0,159, p:0,010), Fiziksel Sağlık Boyutu arasında ise negatif yönde çok zayıf (r: -0,143, p:0,026) ilişki bulunmaktadır.

İlaça Uyum Ölçeği Engel Alt Boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde zayıf (r: -0,291, p:0,000), Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,397, p:0,000), Fiziksel Rol alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,291, p:0,000), Duygusal Rol alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,384, p:0,000), Mental Sağlık alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,359, p:0,000), Enerji alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,371, p:0,000), Ağrı alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf (r: -0,198, p:0,001), Genel Sağlık alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,428, p:0,000), Fiziksel Sağlık boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,400, p:0,000), Mental Sağlık boyutu arasında ise negatif yönde zayıf (r: -0,475, p:0,000) ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.11).

İlaça uyum ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde zayıf (r:-0,279, p:0,000), Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf (r: -0,320, p:0,000), Fiziksel Rol alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf (r: -0,234, p:0,000), Duygusal rol alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,324, p:0,000), Mental Sağlık alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf (r: -0,258, p:0,000), Enerji alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,366, p:0,000), Ağrı alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf (r: -0,178, p:0,003), Genel Sağlık alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,402, p:0,000), Fiziksel Sağlık Boyutu arasında negatif yönde zayıf (r: -0,362, p:0,000), Mental Sağlık boyutu arasında ise negatif yönde zayıf (r: -0,400, p:0,000) ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Araştırma grubunda İlaça Uyumun Yaşam Kalitesi ile ilişkisi

| Ölçekler ve alt boyutları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----|
| 1.Yarar | | | | | | | | | | | | | |
| 2.Engel | 0,216 0,000 | | | | | | | | | | | | |
| 3.İlaça uyum | 0,673 0,000 | 0,868 0,000 | | | | | | | | | | | |
| 4.Fiziksel fonksiyon | -0,137 0,021 | -0,291 0,000 | -0,279 0,000 | | | | | | | | | | |
| 5.Sosyal fonksiyon | -0,055 0,350 | -0,397 0,000 | -0,320 0,000 | 0,466 0,000 | | | | | | | | | |
| 6.Fiziksel rol | -0,045 0,440 | -0,291 0,000 | -0,234 0,000 | 0,545 0,000 | 0,450 0,000 | | | | | | | | |
| 7.Duygusal rol | -0,073 0,211 | -0,384 0,000 | -0,324 0,000 | 0,518 0,000 | 0,444 0,000 | 0,872 0,000 | | | | | | | |
| 8.Mental sağlık | 0,004 0,948 | -0,359 0,000 | -0,256 0,000 | 0,369 0,000 | 0,470 0,000 | 0,242 0,000 | 0,271 0,000 | | | | | | |
| 9.Enerji | -0,182 0,002 | -0,371 0,000 | -0,366 0,000 | 0,528 0,000 | 0,414 0,000 | 0,260 0,000 | 0,269 0,000 | 0,611 0,000 | | | | | |
| 10.Ağrı | -0,079 0,180 | -0,198 0,001 | -0,178 0,003 | 0,232 0,000 | 0,335 0,000 | 0,259 0,000 | 0,267 0,000 | 0,284 0,000 | 0,272 0,000 | | | | |
| 11.Genel sağlık | -0,159 0,010 | -0,428 0,000 | -0,402 0,000 | 0,400 0,000 | 0,590 0,000 | 0,244 0,000 | 0,311 0,000 | 0,453 0,000 | 0,530 0,000 | 0,267 0,000 | | | |
| 12. Fiziksel sağlık | -0,143 0,026 | -0,400 0,000 | -0,362 0,000 | 0,907 0,000 | 0,632 0,000 | 0,638 0,000 | 0,620 0,000 | 0,463 0,000 | 0,554 0,000 | 0,517 0,000 | 0,639 0,000 | | |
| 13.Mental sağlık | -0,101 0,096 | 0-,475 0,000 | 0-,400 0,000 | 0,583 0,000 | 0,671 0,000 | 0,444 0,000 | 0,475 0,000 | 0,888 0,000 | 0,844 0,000 | 0,360 0,000 | 0,603 0,000 | 0,682 0,000 | |

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde kronik kalp yetersizliği (KKY) insidans ve prevalansı artmıştır. KKY, yaş arttıkça sıklığı artan toplumsal bir hastalıktır (Dickstein ve ark, Poole-Wilson PA, ve ark. 2008; Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2008; Değertekin 2010).

Türkiye genelinde KKY olan hasta sayısı 840.000 (kadın 300.000, erkek 540.000), KKY riski altındaki birey sayısı ise 3.700.000'dir (erkek 2.200.000, kadın 1.500.000). 2012 yılı HAPPY (Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Belirleyicileri) verilerine göre; ülkemiz ile Avrupa ülkeleri karşılaştırıldığında KKY'nin ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olduğu gösterilmektedir (Değertekin 2010; Öz 2014).

Hastaneye başvuru sayısının artmasının ve morbiditenin yükselmesinin en önemli sebebi, KKY olan bireyin hastalığın yönetimine uyum göstermemesidir (Köseoğlu ve Enç 2016)

Bu araştırma Kronik Kalp Yetersizliği hastalarının, ilaca diyete uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve ilaca diyete uyumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile planlandı.

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular dört başlık altında tartışıldı.

1. Hastaların Hastalık ile ilgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Hastaların Diyete ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması
4. Hastaların İlaça ve Diyete Uyumlarının Yaşam Kalitesi ile İlişisine Yönelik Bulguların Tartışılması

4.1.Hastaların Hastalık ile ilgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Demir (2008), Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmaya katılan hastaların %40,4'ünde kalp yetmezliğinde ilk sırada hipertansiyon bulunmuştur (Demir 2008). Özer ve Argon

(2005) tarafından yapılan kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi, ile ilgili araştırmada hastaların %30,5'inde kalp yetmezliğine ilk sırada hipertansiyonun eşlik ettiği belirtilmiştir (Özer ve Argon 2005). Bu çalışmada kalp yetersizliğine eşlik eden hastalıklar içerisinde ilk sırada %67,2 oranla hipertansiyon yer almaktadır. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Hipertansiyon ve KKY tanısı alan hastalarda yüksek oranlarda eşlik ettiği düşünülmektedir.

Sönmez'in (2011) kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyete uyumları arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında, hastaların hastaneye başvurma semptomları arasında ilk sırada; %92,5 oranında dispne olduğu ve %62,5'inin hastanede 3-15 gün süresince kaldığı belirlenmiştir. Debusk ve ark.'ın (2004), KKY hastalarının bakım yönetimlerini inceledikleri çalışmada, hastaların hastaneye yatmadan önceki semptomunun %91 oranında dispne olduğu belirlenmiştir. Oğuz ve Enç'in (2008) Türkiye'deki KKY hastalarının semptom yönetimlerini araştırdıkları çalışmasında hastaların %60,9'unda dispne ve %43,8'inde ödem bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların hastaneye başvuruya neden olan semptomlar içerisinde ilk sırada %56,2 oranıyla göğüs ağrısı olduğu belirlendi.

Laramee ve ark.'nın (2003) KKY hastalarının vaka yönetimini araştırdıkları çalışmalarında hastaların ortalama hastanede kalış süresini 9,5 gün olarak bulunmuştur (Laramee ve Levinsky; Sargent ve Ross; Callas; 2003). Literatürde, kalp yetersizliği için hastanede kalış süresi 6 ile 8 gün arasında verilmektedir (Enç ve ark 2007). Hallercbach ve ark.'ın (2008), KKY hastalarının yeniden yatış belirleyicilerini araştırdığı çalışmasında, hastaların ortalama hastanede kalış süreleri, 2 ile 14 gün olarak bulunmuştur (Hallercbach, Francoeur, Pomerantz, Oliner, Morris, Eiger, Golfinger 2008). Bu çalışmada kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatan hastaların oranı %59,4 tür, yatış sayısı yıllık 1-3 olan hastaların oranı ise %71,6'dır. Hastaneye yattığınız kaçınıcı gündesiniz sorusuna hastaların %63,1'i 1-5 gün yanıtını vermektedir. Literatürde hastaneye başvuruya neden olan semptomlar ve hastanede kalış süreleri ile ilgili farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu durum KKY hastalığının birçok semptomlarının olduğunu ve kişiden kişiye farklılık gösterdiğini düşünülmektedir.

Oğuz'un (2006) çalışmasında, altı ay içindeki hastaneye başvuru oranı %48,8 olarak bulunmuştur. Sönmez'in çalışmasında (2011) hastaların taburcu olduktan sonraki ilk 6 ay içinde hastaneye yeniden yatış oranları %78,8, bir yıl içindeki yeniden yatış oranları ise, %90 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada son 6 ayda hastaneye yatan ve acil servise başvuran hastaların oranı sırasıyla %64,1 ve %46,6'dır. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaneye tekrar yatış oranlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Özen'in (2011) sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı kalp yetersizliğinde sağlık davranışları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmasında hastaların %82,5'inin ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Demir'in (2008) yaptığı çalışmada %89,3'ünü ilaçlarının düzenli kullandığı bulunmuştur (Demir 2008). Sönmez (2011) Kronik kalp yetmezliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile ilaca diyet uyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmasında hastaların, %52,5'inin, kullandığı ilaçların isimlerini bilmediği ancak %53,7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Bu çalışmada hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ve kullandığı ilaçların adını bildiğini belirten hastaların oranı sırasıyla %78,5 ve %26,5'dir. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların oranı ise %87,2'dir. Literatürde ilaçların düzenli kullanımı ile ilgili sonuçlar benzerlik göstermekte ancak hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olunması konusunda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu durum hastaların kullandıkları ilaçlarının isimlerini bilmemelerine rağmen, nasıl kullanacakları gösterildiğinde ilaçlarını düzenli aldıkları görülmektedir.

4.2.KKY Tanılı Hastaların Diyete ve İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Van der Wall ve ark.'ın (2006) yaptıkları çalışmada, hastaların diyete uyum hakkındaki inançlar puan ortalamalarının $24,5 \pm 3,3$ olduğu ve %77'sinin diyete uyumlu olduğunu belirtilmiştir. Heo ve ark.'nın (2009) araştırdıkları çalışmada düşük sodyum diyeti önerdikleri hastaların %60'ının diyete uyumlu oldukları belirlenmiştir. Welsh ve ark.'nın (2002) yaptıkları çalışmada ise hastaların %71'inin diyete uyumlu olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların DUHIÖ (diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeği) ile diyete uyum yarar ve engel alt boyutları kıyaslandığında diyete uyumda

yarar davranışlarını daha fazla ($25,94 \pm 4,85$) algıladıkları belirlendi. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Van der Wall ve ark.'ın (2007) çalışmasında hastaların tedaviye uyum davranışlarının daha fazla olduğu ($Ort=17,9 \pm 3,4$) belirtilmiştir. Oğuz'un (2006) araştırmasında, hastaların ilaç tedavisine uyumlu oranda oldukları belirtilmiştir. Dimatteo (2004) ilaç tedavisi ile hastalar arasındaki uyum farklılıklarının incelendiği araştırmasında hastaların %76,6'sının tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği ile ilaç tedavisinde uyum yarar ve engel alt boyutları kıyaslandığında hastaların ilaca uyumunda yarar davranışlarını ($21,93 \pm 2,80$) daha fazla benimsedikleri, yani ilaç tedavisine olan inançlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Ülkemizin aile yapısının değer, inanç ve kültürel özelliklerden dolayı hastalarına bakım vermeyi üstlendikleri bu da hastaların ilaca olan uyuma katkı sağladığı ve eğitim düzeyinin iyileştirilmesi de ilaca olan uyumu arttırdığı görülmektedir.

Gary (2006)'nin diyastolik kalp yetersizliği olan kadınların kendi kendine bakım uygulamaları ile ilgili çalışmasında düşük sosyoekonomik statü ve ilerleyen yaş, yoksul bakım ve diyastolik kalp yetersizliği olan kadınlarda olumsuz sonuçları arttığı bulunmuştur. Grace ve arkadaşlarının (2005), kadınlarda erkeklere göre kardiyovasküler hastalıkları kontrollerinin ötesinde olan nedenlerle ilişkilendirme ve hastalığı kronik, tedavi edilemez bir durum olarak algılama olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Alsen'in (2009) miyokard infarktüsü sonrası hastalık algısı ve yorgunluğun incelendiği çalışmasında hastalığı algılama alt boyutunun erkeklerde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların erkeklere göre Diyetle Uyum Hakkındaki İnançları daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Kalp yetersizliği olan hastaların iyileşmelerinde tedaviye olan inancı ve hastalığı algılamalarında yatmaktadır. Kadınların hastalığı algılamalarının yüksek olması diyetle uyumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Misook Lee Chung ve ark.'nın (2015), kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmasında bir eş veya diğer aile üyeleri ile birlikte yaşamak ve aile bireylerinin izleme katılması, hastanın diyetle uyumunu arttığı saptanmıştır. Strömberg ve Lutik'in (2015) ileri kalp yetersizliği ve bakım yükü ile ilgili yaptıkları çalışmada kalp

yetersizliği olan hastalar ve bakıcıları yetersiz bulunmuştur. Hertz ve ark. (2005) yaşı bireylerin büyük çoğunluğu terapötik uyumu daha yüksek bulunmuştur. Senior ve ark.'nın (2004) yaptığı araştırmada yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların daha iyi uyum gösterdikleri bir başka İngiltere çalışma grubunda ise resmi eğitim nitelikleri olmayan hastaların kolestrol düşürücü ilaçlarla daha iyi uyum gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmada yaş, medeni durum, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, birlikte yaşanan kişi/kişiler, algılanan ekonomik durum değişkenlerinin kategorileri arasında Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Eğitim düzeyinin düşük olması ve bakıcıların palyatif bakım konusunda bilgi eksiklikleri, hastalıklardaki istikrarsızlıklar, fiziksel durumdaki değişiklikler, sık sık hastaneye yatışların olması bakım veren kişide olumsuz etki yaratması, yaşanan kişi/kişiler hastada diyete uyumu etkilemesi yönünde farklılık gösterebilmektedir.

Bryne ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada hastaların ilaç tedavisine inandığında ilaç tedavisine bağlılığın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada erkeklerin kadınlara göre ekonomik durumu kötü olarak algılayan hastalarda İlaça Uyum Hakkındaki İnançları daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. KY hastalarının tedavi süreçlerinin pahalı ve ekonomik yönden yıpratıcı olması nedeniyle ekonomik durumu kötü olan bireylerin sağlıklarını korumaları için tedaviye daha uyumlu olduğu düşünölmektedir.

Luttik ve ark.'nın (2006), kalp yetmezliği olan hastalarda yaptıkları çalışmada yalnız yaşayan KY'li hastaların çoğunlukla tekrarlayan olaylar için risk altında olduğunu ve yaşam kalitelerinin yaşı kadınlarda kötü olduğu belirlenmiştir. Cooper ve ark.'nın (2005) yaptıkları çalışmada hastalarının pozitif yönde olumlu etkisi bulunmuştur. Medeni durumu ile hastanın uyumunun incelendiği bazı çalışmalarda medeni durum ile hastanın uyumu arasında ilişkili bulunmamıştır. Literatürde medeni durum ile hastanın uyumu hakkında farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu çalışmada medeni durumun İlaça Uyum Hakkındaki İnanç düzeylerini etkilemediği bulundu ($p>0,05$).

Ghods ve Nasrollahzadeh (2003) ve Yavuz ve ark.(2004), Eğitim seviyesine ile hastanın uyumu arasındaki ilişkinin incelendiği bazı çalışmalarda uyumun pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Wai ve ark.'nın (2005) yaptıkları çalışmada eğitim

seviyesi ile uyum arasında hiçbir ilişki bulunmamıştır. Senior ve ark.'nın (2004) yaptığı araştırmada düşük eğitim seviyesine sahip hastaların daha iyi uyum gösterdiklerini saptamışlardır. Bu çalışmada yaş, medeni durum, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, birlikte yaşanan kişi/kişiler, algılanan ekonomik durum değişkenlerinin kategorileri arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnanç düzeyleri etkilemedi. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Günümüzün teknoloji çağı olması, sosyal medya kullanımının yaygınlaşması insanların çoğu şeye ulaşımını kolaylaştırmakta bu da ilaca uyumdaki değişkenleri farketmemektedir.

Van Der Wall ve ark.'nın (2005) KKY hastalarının uyumları üzerine yaptıkları çalışmalarında hastaların kronik kalp yetersizliğine göre NYHA Sınıfı ilerledikçe, önerilen diyet tedavisine uyumlarının azaldığını ve hastaların fiziksel sağlık durumlarının diyetlerine uyumlarını etkilediğini saptamışlardır. Carlson, Riegel and Moser'in (2001) KKY hastalarının, hastalık yönetimini inceledikleri çalışmalarında yeni tanı konulmuş KKY hastaları ile ağır KKY hastaları arasında, diyete uyum açısından fark olmadığı belirtilmiştir. Ahmed ve ark. (2006), Sol ventrikül fonksiyonu korunan kalp yetersizliği (NYHA Sınıflarındaki) hastalar ile artmış mortalite ve hastaneye yatmayla ilişkisinin incelendiği çalışmada NYHA sınıfı yükseldikçe, kalp yetmezliği hastalarının daha kötü sonuçları olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflamasında II, III ve IV. sınıfta yer alan hastalara göre sınıf I'de yer alan hastalarda Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Literatürde NYHA sınıfı ile diyete uyum arasında farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Kalp yetersizliği hastalığının yorucu, yıpratıcı ve uzun bir tedavi sürecinin olması kişileri bireylerin hastalıklarını algılamalarını ve baş etme özyeterliliklerini değiştireceğinden diyete uyumunda da farklılıklara neden olacağı düşünülmektedir.

Lau-Walker'ın (2004) çalışmasında hastaların kendi durumlarını kontrol edebileceklerine inandıkları bulunmuştur. Van der Wal ve ark. (2007) kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmasında ilaçlarını düzenli kullanmayan ve diğer yaşam tarzı önerilerine uyumsuz olan KY'li hastalarında önemli sağlık probleminin olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hastanede kalınılan gün sayısına 1-5 ve 11 üzeri yanıtı verenlere göre 6-10 yanıtı veren, kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alan, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten, ilaçları düzenli kullanan,

ilaçların etkilerini ve yan etkilerini bildiğini ve hastalığının iş yaşamına olumsuz etkisi olduğunu belirten hastaların diğer kategorilerine göre Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Toplumumuzda KKY olan hastalarının hastalık nedenlerini ve tedavi süreçlerinde bilgilendirilmeleri, başetme yeteneklerini geliştirir ve uyumun önemini kavratılır.

Van der Wal ve ark. (2010) kalp yetmezliği hastalarında yaptığı çalışmasında kalp yetmezliği (KY) olan hastalarda farmakolojik olmayan tavsiyelere (diyet, sıvı kısıtlaması, tartım, egzersiz, sigara, alkol) uyumsuzluğun istenmeyen sonuçlara neden olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, BKİ, ejeksiyon fraksiyonu, sigara içme durumu, günlük içilen sigara sayısı, sigarayı bıraktıktan bu yana geçen süre, alkol alma durumu, eşlik eden kronik hastalık, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı, düzenli kontrole gitme değişkenlerinin kategorileri arasında Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastalarının son altı ayda hastaneye yatış, son altı ayda acil servise başvuru, son altı ayda acil servise başvuru sayısı, yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gitme, son bir yılda kalp hastalığı nedeniyle sağlık kontrolü sayısı, evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapma, ödem kontrolü yapma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve hastalığın aile yaşamına olumsuz etkisi değişkenlerinin kategorileri arasında Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Günümüzde kronik hastalıklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasının (diyetle uyum, ödem kontrolü, egzersiz, kilo takibi, sağlık kontrolleri vb.) öneminin ne kadar çok arttığı görülmektedir.

Akın ve Durna (2006) çalışmasında meslek/iş çevresi alanındaki olumsuzluklar hastaların ekonomik sorunları ve psikososyal uyumu olumsuz etkiledikleri bulunmuştur. Bazı çalışmalarda duygusal destek veren aile üyelerinden arkadaşlarından veya sağlık hizmeti sunucularından yardım alan hastaların tedaviye uyma olasılığının daha yüksek olduğunu bulunmuştur (Feinstein ve ark. 1989; Seongkum ve ark. 2015). Bu çalışmada hastalığı iş ve aile yaşamını olumsuz etkileyenlerde etkilemeyenlere göre İlaçla Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan

ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0,05$). Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. KY olan hastaların iş ve aile yaşamındaki sıkıntılar ekonomik ve psikolojik sorunlara sebep olur. Hastaların bu sıkıntılardan kurtulmak için ilaca uyumlarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Schweitzer ve ark'nın (2007) Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda psikolojik faktörler ve tedaviye uyum davranışı ile ilgili çalışmasında sigara ve alkol uyuma minimal etki yaparken, depresyonun uyum davranışını bozmuş olduğu belirlenmiştir. Gascon ve ark. (2004) yaptığı araştırmada akut hastalıklarda kronik hastalıklara göre daha yüksek uygunluk gösterdiği belirlenmiştir. Dhanireddy ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada benzer şekilde, tedavi süresinin uzun olması hastanın uyumluluğundan ödün vermesine sebep olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada sigara içme durumu, günlük içilen sigara sayısı, sigarayı bıraktıktan bu yana geçen süre, alkol alma durumu, eşlik eden kronik hastalıklar gibi değişkenlerinin kategorileri arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. KY olan hastaların çoğunluğunda hipertansiyon ya da başka bir kronik hastalık eşlik etmektedir. Araştırmanın Trakya bölgesinde yapılması (sigara ve alkol kullanımının yüksek olması nedeniyle) hastaların ilaca uyumunu etkilemediği düşünülmektedir.

KY'li hastalarda yapılan bir çalışmanın sonucunda, ilaca uyum %88,6 takip ve randevu tutma %81,8, sıvı kısıtlamasında %72-%89 ve günlük ağırlık ölçme %34-%85 bulunmuştur (Nieuwenhuis ve ark. 2012). Van Der Walin tarafından yapılan çalışmada ise ilaca uyum %98,6, randevu tuz kısıtlaması %79, sıvı kısıtlaması %73, Egzersiz %39 ve tartım %35 olduğu saptanmıştır (Van der Wal ve ark. 2006). Bu çalışmada BKİ, ejeksiyon fraksiyonu, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış, kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış sayısı, düzenli kontrole gitme, son altı ayda hastaneye yatış, son altı ayda acil servise başvuru, son altı ayda acil servise başvuru sayısı, yatış ya da acil servise başvuru sonrası kontrole gitme, son bir yılda kalp hastalığı nedeniyle sağlık kontrolü sayısı değişkenlerinin kategorileri arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Bu çalışmada aynı zamanda evde günlük vücut ağırlığı ölçümü yapma, ödem kontrolü yapma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve hastalığın aile yaşamına olumsuz etkisi değişkenlerinin kategorileri

arasında İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Bu durumun nedeni olarak yaşlı birey sayısının fazla olması, hastaların çoğunun kırsal bölgede yaşaması, % 83,9'un kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim almadığı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

4.3.KKY Tanılı Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Özer'in (2002) çalışmasında hastaların giyinme ve yıkanmada, koşmada zorlandığı, tatile çıktıklarında hastalıklarının kötüleşeceğinden korktukları, kendilerinin işe yaramaz hale geldiklerini düşündükleri, kendilerini sinirli hissettikleri, kendilerine olan güvenlerini kaybettikleri, aile sorumluluklarını yerine getirmede sınırlılık yaşadıkları ve düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmekte zorlandıklarını bulunmuştur. Rector ve ark.'larının (2005) çalışmasında hastaların gün boyunca sık sık dinlenme gereksinimi duydukları belirlenmiş ve birçok hastada da kalp yetersizliği nedeniyle sosyal aktivitelerinin azaldığını ifade etmiştir.

Özen (2011)'in çalışmasında; sosyal fonksiyon, genel sağlık, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyut puanlarının; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı alt boyut puanlarından düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastalar kendi öz değerlendirmesini yaptığından, SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin bulgularda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, duygusal rol, mental sağlık ve enerji, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, fiziksel sağlık ve mental sağlık rol alt boyutları düşük saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Sosyal fonksiyon, genel sağlık ve sağlık sürecindeki değişikliklerin alt boyut puanlarının düşük bulunması, çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (NHYA sınıf III) olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

4.4.KKY tanılı hastaların İlaça ve Diyete Uyumlarının Yaşam Kalitesi ile İlişisine yönelik Bulguların Tartışılması

Özen (2011) sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı kalp yetersizliğinde sağlık davranışlarının incelendiği çalışmasında hastaların kardiyak diyetlerine uyma durumları ile sağlık davranışları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Özer'in (2002) kalp yetersizliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelendiği çalışmasında diyetin yaşam kalitesini etkilemediği

saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların kardiyak diyetle uyuma durumu ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmada Diyetle uyum ve Diyetle uyum Engel alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu, Fiziksel Rol alt boyutu, Duygusal Rol alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ilişki bulunmaktadır. Diyetle uyum yaşam kalitesi Fiziksel Sağlık Boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf ilişki bulunmaktadır. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Araştırmamızda yaşam kalite ölçeği puan ortalamasının düşük olması hastaların hastalıkla birlikte yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlamamasından kaynaklanmaktadır. Diyetle uyum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin negatif yönde ve zayıf ilişki olması yaşam kalitesi ölçeklerinin birçok alt boyutlarının olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Ekman ve ark. (2005) çalışmasında inançların tıbbi tedavideki uyumu da etkilediği konusunda benzer bulgular bildirmiştir. Bu çalışmada İlaça Uyum Ölçeği Yarar Alt Boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu, Enerji alt boyutu, Genel Sağlık alt boyutu, Fiziksel Sağlık Boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Araştırmamızda hastalarının çoğunun yaş ortalamalarının yüksek olması ölüm korkularının varlığı, çoğu günlük işlerini yapamamaları ilaca olan uyumdaki inancı azalttığı düşünülmektedir

Westlake ve arkadaşlarının (2002) kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesinin inceledikleri çalışmasında hastaların yaşam kalitesinin fiziksel ve mental sağlık alt boyutunun genel popülasyondan düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada İlaça Uyum Ölçeği Engel Alt Boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu, Sosyal Fonksiyon alt boyutu, Fiziksel Rol alt boyutu, Duygusal Rol alt boyutu, Mental Sağlık alt boyutu, Enerji alt boyutu arasında, Ağrı alt boyutu, Genel Sağlık alt boyutu, Fiziksel Sağlık boyutu ve Mental Sağlık boyutu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda hastalarının çoğunun EF<50 olması, yaşam kalitelerinin düşük olmasına bu da ilaca uyumu arttıracakı düşünülmektedir.

Özen (2011) sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı kalp yetersizliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada

hastaların düzenli ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Ancak fiziksel fonksiyon, mental sağlık, enerji, ağrı, genel sağlık alt boyutlarında ilaçlarını düzenli olarak kullananların, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile SF-36 toplam puanda ilaçlarını düzenli olarak kullanmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özer'in (2002) çalışmasında düzenli ilaç kullanımının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada İlaça uyum ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında, Sosyal Fonksiyon alt boyutu, Fiziksel Rol alt boyutu, Duygusal rol alt boyutu, Mental Sağlık alt boyutu, Enerji alt boyutu, Ağrı alt boyutu, Genel Sağlık alt boyutu, Fiziksel Sağlık Boyutu, Mental Sağlık boyutu arasında ise negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır. Bu da literatürde farklı sonuçlara göstermemektedir. KY olan hastaların ilaca ve diyeteye uyumdaki kısıtlamaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği görülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik Kalp yetersizliği hastalarının ilaca diyeteye uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve ilaca diyeteye uyumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmanın bulguları aşağıda belirtildiği şekilde özetlenebilir;

Sonuçlar:

- Kronik kalp yetersizliği hastalarının diyeteye ve ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar ve engel ağırlık boyutları toplam puanları $25,94 \pm 4,85$; $38,18 \pm 5,30$ ve $21,93 \pm 2,80$, $39,31 \pm 5,53$ olduğu belirlendi.
- Örneklem grubundaki hastaların erkeklerde kadınlara göre Diyeteye Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) düzeyde yüksek olduğu belirlendi.
- Kronik kalp yetersizliği hastalarının kadınlara göre erkeklerde, ekonomik durumunu iyi ve orta olarak algılayanlara göre kötü olarak algılayan hastalarda ilaca Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) düzeyde yüksek olduğu belirlendi.
- Örneklem grubunun fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflamasında II, III ve IV. sınıfta yer alan hastalara göre sınıf I'de yer alan hastalarda Diyeteye Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) düzeyde düşük olduğu belirlendi.
- Araştırma grubuna hastanede bulunduğunuz kaçınıcı gün sorusuna 1-5 ve 11 ve üzeri yanıtını verenlere göre 6-10 yanıtı veren, kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda eğitim alan, Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten Diyeteye Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$).düzeyde yüksek belirlendi
- Kronik kalp yetersizliği hastalarının ilaçları düzenli kullanan, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini bildiğini ve hastalığının iş yaşamına olumsuz etkisi olduğunu belirten hastaların belirtilen özelliklerin diğer kategorilerine göre Diyeteye Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) düzeyde yüksek olduğu belirlendi.

- Araştırma grubunda hastaların Diyet Uyum Ölçeği Engel alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf, Fiziksel rol alt boyutu arasında negatif yönde zayıf, Duygusal rol alt boyutu arasında negatif yönde zayıf, Genel Sağlık alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf, Fiziksel Sağlık Boyutu arasında ise negatif yönde çok zayıf ilişkisi olduğu belirlendi.
- Örneklem grubundaki hastalarda Diyet Uyum ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf, Fiziksel Rol alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf, Duygusal Rol alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu belirlendi.
- Araştırma grubundaki hastalarının Diyet uyum ile yaşam kalitesi Fiziksel Sağlık Boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu belirlendi.
- Hastaların İlaç Uyum Ölçeği Yarar Alt Boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu, enerji alt boyutu arasında, Genel Sağlık ve Fiziksel Sağlık Boyutu arasında ise negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu belirlendi.
- Kronik kalp yetersizliği hastalarının İlaç Uyum Ölçeği Engel Alt Boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon, Fiziksel Rol alt boyutu arasında, Duygusal Rol alt boyutu, Mental Sağlık alt boyutu arasında, Enerji alt boyutu, Ağrı alt boyutu, Genel Sağlık alt boyutu, Fiziksel Sağlık boyutu, Mental Sağlık boyutu arasında ise negatif yönde zayıf ilişki olduğu belirlendi.
- Araştırma grubunun hastalarının İlaç uyum ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, Sosyal Fonksiyon alt boyutu, Fiziksel Rol alt boyutu, Duygusal rol alt boyutu, Mental Sağlık alt boyutu, Enerji alt boyutu, Ağrı alt boyutu, Genel Sağlık alt boyutu, Fiziksel Sağlık Boyutu, Mental Sağlık boyutu arasında ise negatif yönde zayıf ilişki olduğu belirlendi.

Öneriler:

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kronik kalp yetersizliği tedavisi alan hastalara, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ilaç ve diyet uyumunun önemi konusunda hastalara yaş ve öğrenim durumlarına göre görsel videolarla desteklenerek eğitim verilmesi,
- Hastaların KKY'ni etkileyen ilaca diyet uyumları ve yaşam kalitelerini inceleyen araştırmaların yapılması,
- Kardiyoloji ünitesinde çalışan hemşirelerle gelecek araştırmalarda daha fazla sayıda karşılaştırmalı vaka-kontrol çalışmaları yapılması,
- KKY hastalığının ilaca ve diyet uyumunun önemi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkileyen faktörler konusunda hizmetiçi eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ahmed, A., Aronow, SW., Fleg, LJ. (2006). Higher New York Heart Association Classes and Increased Mortality and Hospitalization in Heart Failure Patients with Preserved Left Ventricular Function. *Am Heart J*, **151**(2), 444-450.
- Akdemir, N., Birol, L., (2004). Kalp Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı, Kalp Hastalıklarından Korunma, Ankara: Sistem Ofset; 452-467.
- Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10**, 1-2.
- Alsen, P. (2009). İllness perception and fatigue after myocardial infarction. göteborgs universite İnstitüte Of Health And Care Sciences, Doctoral Theses, Göteborg.
- Badır, A. (2010). Kalp Yetmezliği. (1.baskı). Adana, İçinde Karadakovan A, Aslan F, (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım; 559-569.
- Badır, A. (2014). Kalp Yetmezliği. İçinde A. Karadakovan, F Aslan (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.(1.baskı). Adana.
- Barutçu Demir, C.(2011).Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz eylül üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Başaran, S., Güzel R., Sarpel T. (2005). Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, **20**, 55-64.
- Baykal, Y., Sağlam, K., Yılmaz, AT., Özkan, M., Koçar, İH. (2002). Kalp Yetersizliği ve Tedavisi. (Aydın kitabı). Ankara: GATA Basımevi.
- Brodie, DA., Inoue, A., Shaw, DG. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, **45**, 489-500.
- Bryne, M., Walsh, J., Murphy, A. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease, patient beliefs and health-related behaviour. *Journal Psychosomatic Research*, **58**, 403-445.

Carlson, B., Riegel, B., Moser, DK. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung*, **30**, 351-359.

Chung, MI., Lennie, TA., De Jong, M., Wu, R., Riegel, B., Moser, DK. (2008). Patients differ in their ability to self-monitor adherence to a low-sodium diet versus medication. *J Card Fail*, **14**, 114-120

Ciddi, S. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Cowie, MR., Wood, DA., Coats, A. (2000). Survival of patients with a new diagnosis of heart failure. A Population-Based Study, **83**, 505-510

Cordon, J., (2005). Kardiyoloji. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayını, 133-135.

Cooper, C., Carpenter, I., Katona, C., (2005). The adhoc study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry*, **13**, 1067-76

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

Demir, M. (2008). Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, JJ., Ponikowski, P., Poole-Wilson, PA., Strömberg, A., van Veldhuisen, DJ., Atar, D., Hoes, AW., Keren, A., Mebazaa, A., Nieminen, M., Priori, SG., Swedberg, K.; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). (2008). 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 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM).

DiMatteo, MR. (2004). Sosyal destek ve tıbbi tedaviye hasta uyumluluğu. Bir meta-analiz, sağlık Psikolojisi. **23**, 207-18.

Dolar, E. (2005). İç Hastalıkları. (1. Basım), İstanbul: Nobel Güneş Kitabevi.

Dhanireddy, KK., Maniscalco, J., Kirk, AD. (2005). Is tolerance induction the answer to adolescent non-adherence? *Pediatr Transplant*, **9**, 357–63.

Ekman, I., Andersson, G., Boman, K., Charlesworth, A., Cleland, J., Poole-Wilson P., Swedberg, K. (2005). Beş Yıllık Randomize Bir Çalışmada Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda İlaça Bağlılık Ve Algı.

Enç, N., Yiğit, Z., Altıok, GM., Özer, S., Oğuz, S. (2007). Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar. *Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Klavuzu Türk Kardiyoloji Derneği*, **2**, 6-23, İstanbul.

Evangelista, LS., Berg, J., Dracup, K. (2001). İlişki kalp hastalarında psikososyal değişkenler ve uyum. **30**, 294-301.

Feinstein, AR., Fisher, MB., Güvercin, JG. (1989). Change of dyspnoea-fatigue ratings as quality of life indicators in the treatment of congestive heart failure. *Am J Cardiol*. Tem 1, **64** (1), 50-55

Funk, M., Krumholz, HM. (1996). Epidemiologic and economic impact of advanced heart failure. *J Cardiovascular Nursing*, **10**, 1-10.

Gascon, JJ., Sanchez-Ortuno, M., Llor B and others. (2004) Therapeutic Compliance in the Hypertension Training Group. Why hypertensive patients do not agree with treatment: results obtained without a qualitative study. *Fam Uyg.*, **21**, 125-30

Gökçe, S. (2008). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyku Kalitesinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Grace, SL., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H. (2005). İllness perceptions among cardiac patients: Relation to Depressive Symptomatology and Sex. *Journal of Psychosomatic Research*, **59**, 153-160.

Hoe, S., Lennie, TA., Moser, DK., Okoli, C. (2009). Heart Failure Patients' Perceptions on Nutrition and Dietary Adherence. *Eur J Cardiovasc Nurs*, **8**(5), 8-323.

Kepez, A., Kabakçı, G. (2004). Kalp yetersizliği tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **35**, 69-81, Ankara.

Keleş, İ., Çakmak, A.H. (2013). Güncel Kalp Yetersizliği. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul: Akademi Yayınevi.

Kocaman, N. (2008). Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **11**, 1.

Kozan, Ö, Zoghi M. (2010). A'dan Z'ye Kronik Kalp Yetersizliği. (1.Baskı) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Lau- Walker., M. (2004). Relationship between illness representation and self efficacy. *Journal of Advanced Nursing*. **48**, 216-225.

Martje, HL., van der Wal., Tiny Jaarsma, Debra K. Moser, Nic JGM Veeger, Wiek H.van Gilst, Dirk J. Van Veldhuisen. Conformity to patients with heart failure: the importance of knowledge and beliefs. (2005). 434-440.

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

Mosterd, A., Hoes, AW., Bruyne, MC. Prevalence of Heart Failure And Left Ventricular Mair FS., Crowley TS., Bundred PE. (1996). Prevalence, Etiology And Management Of Heart Failure In General Practice British Journal Of General Practice. **46**, 77-79

Mosterd, A., Hoes, A.W., Bruyne de, M.C., Deckers, J.W., Linker, DT., Hofman, A., Grobbee, D.E., (1999). Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population. The Rotterdam Study, *Dsyfunction In The General Population. European Heart Journal*. **20**, 447-455

Mcmurray, JJV., Stewart, S.(2000). Epidemiology, etiology and prognosis of heart failure heart, **83**, 596-602

Nieuwenhuis, MM., Jaarsma, T., van Veldhuisen, DJ., Postmus, D., van der Wal, MH.(2012). Long-term compliance with nonpharmacologic treatment of patients with heart failure. **110** (3), 392.

Oğuz, S., Enç, N., Yiğit, Z., (2010). Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması, *Türk Kardiyol Dern Arş*, **38**, 480-485.

Oğuz, S. (2005). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Oğuz, S. (2009). Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, Elektronik Dergi*, **11**, <http://www.tkd.org.tr/>

Özdemir, Ü. (2009). Kalp Yetersizliği Hasta ve Aile Eğitimi. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, Elektronik Dergi*, **11**, Erişim 10.02.2017 <http://www.tkd.org.tr/>

Özer, S., Argon, G. (2005). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **21**, 63-77.

Özen B. (2011). Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Pınar, R.(1995).Sağlık Araştırmalarında Yeni bir Kavram; Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalıklarda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, *Hemşirelik Bülteni*, **9**(38), 85-95.

Rector TS, Anand IS, Kuskowski MA, Florea VG, Glazer RD, Hester A, et al.(2005). Anemia and change in hemoglobin over time related to mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: results from Val-HeFT. *Circulation*, **112**, 1121-7.

Rosamond, W., Flegal, K., Friday, G.(2007). American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Heart Disease And Stroke Statistic-Statistics*, **115**, 69-171.

Sansoy, V. (2008). Akut Ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı Ve Tedavisine Yönelik. Esc Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, İstanbul, **36**, 42.

Sezgin, D., Mert, H. (2015). Kalp Yetersizliği olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. Kalp Yetersizliği Kanıta Dayalı Yaklaşım.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, **8**, 108-118.
<http://www.deuhyoedergi.org>,

Seongkum Heo, PhD, RN, Assistant Professor, Terry A. Lennie, PhD, RN, Professor, Susan J. Pressler, PhD, RN, Professor, Sandra B. Dunbar, DSN, RN, Professor, Misook L. Chung, PhD, RN, Associate Professor, and Debra K. Moser, DNSc, RN, FAAN, Professor and Gill Chair of Nursing. (2015). Factors Associated With Perceived Control and the Relationship to Quality of Life in Patients with Heart Failure, **14**(2)

Schweitzer, Robert and Head, Kathryn, B. and Dwyer, Jonathan. (2007). Psychological Factors and Treatment Adherence Behavior in Patients With Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **22**(1), 76-83.

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

Song, KE., Moser, DK., Rayens, MK., Lennie, TA. (2010). Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*, **25**, 284-291.

Sönmez, E. (2011) Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları İle İlaç Ve Diyete Uyumları Arasındaki İlişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul.

Update: A Report From The AHA Statistics Committee And Stroke Satatistics Subcommittee. *Circulation*. (2010). **121**, 46-215.

Van Der Wall, MHL., Jaarsma, T., Moser, DK., Van Gilst, WH., Van Veldhuisen, DJ. (2007). Unraveling the Mechanisms for Heart Failure Patients' Beliefs about complience. *Heart & Lung*, **36**, 253-261.

Van der Wal, MHL., Jaarsma, T., Moser, DK., Veeger, NJGM., Van Gilst, WH., Van Veldhuisen, DJ. (2006). Compliance in Patients with Heart Failure: The Importance of Knowledge and Beliefs, **27**, 434 -440.

Ware, JE., Sherbourne, CD. (1992). The MOS 36- item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, **30**, 473-483.

Wild, MR., Engleman, HM., Douglas, NJ., ve ark.(2004). Can psychological factors help determine CPAP dependency? **24**, 461-5.

Wai, CT., Wong, ML., Ng S ve ark. (2005). Benefits of the Health Belief Model Predictability of Screening in Chronic Hepatitis Patients B. *Aliment Pharmacol Ther.* **21**, 1255-62.

Westlake, C., Dracup, K., Creaser, J., Livingston, N., Heywood, JT., Huiskes, BL., Fonarow, G., Hamilton, M. (2002). It is associated with health-related quality of life in patients with heart failure. **31**, 85-93.

Welsh, JD., Heiser, RM., Schooler, MP., Brockopp, DY., Parshall, MB., Cassidy KB. (2002). Characteristics and Treatment of Patients With Heart Failure in the emergency department. *J Emerg Nurs*, **28**: 31– 126.

Yilsen, B. (2003). Konjestif Kalp Yetmezliğinde Karvedilol Kullanımının Güvenlik, Etkinlik Ve Tolerabilitesinin İzlendiği Farmakoepidemiolojik Çalışma. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yavuz, A., Tuncer, M., Erdoğan O. (2004). Böbrek transplant alıcılarının klinik parametrelerine uygunluğun herhangi bir etkisi var mı? *Transplant Proc*, **36**, 120-1.

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

FORMLAR

Sayın Katılımcı,

Bu form, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Ünitesinde yatan kalp yetersizliği tanısı konmuş hastaların, tedaviye uyumları ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırma benim yüksek lisans tez çalışmamdır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak ve sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Formda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Teşekkürler.

Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Genel Hemşirelik ABD.
Yüksek Lisans Öğrencisi
Tülay DEMİRCİ

1)Cinsiyetiniz? 1)Kadın 2) Erkek

2)Yaşınız?.....

3)Medeni durumunuz? 1)Evli 2) Bekar 3) Dul

4)Eğitim durumunuz?

1) Okur Yazar 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite

5)Boyunuz kaç cm?.....

6)Kaç kilosunuz?.....

7)Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

1)Köy 2)Kasaba 3)İlçe 4)İl

8)Şu an kiminle yaşıyorsunuz?

1)Yalnız yaşıyorum 2)Ailemle birlikte 3)Arkadaşlarımla/torunlarımla birlikte yaşıyorum.

9)Ekonomik durumunuz nasıldır?

1)İyi 2)Orta 3)Kötü

10)Sağlık sigortanız var mı, varsa nedir?.....

11) Genellikle tansiyonuz kaçtır?.....

12)EF(Enjeksiyonfraksiyonu).....(dosyadan bakılacak)

13)KY Türü(dosyadan bakılacak)

14)Sigara kullanıyor musunuz?1)Kullanıyorum ise miktarı ve süresi..... 2)Bıraktım.....Yıl Önce paket/gün 3)Kullanmıyorum

15)Alkol kullanıyor musunuz?1)Kullanıyorum ise miktarı ve süresi..... 2)Bıraktım.....Yıl Önce paket/gün 3)Kullanmıyorum

16)Kalp Yetersizliği dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1-Hipertansiyon | 7) Böbrek Hastalıkları |
| 2-DiyabetesMellitus | 8) Astım |
| 3-Kolesterol Yüksekliği | 9) KOAH |
| 4-Kalp Kapakçığı Hastalıkları | 10)İnme |
| 5-Kalp Damar Hastalıkları | 11)İskemik Kalp Hastalıkları |
| 6)Doğumsal Kalp Hastalıkları | 12)Diğer..... |

17)Hastaneye hangi semptomlarla başvurduunuz?

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1-Göğüs ağrısı | 4-Ödem |
| 2-Nefes almada güçlük | 5-Yorgunluk |
| 3-Öksürük | 6-Diğer..... |

18)NYHA fonksiyonel sınıflaması(fiziksel aktiveye göre kalp yetersizliği sınıflanması)

- 1-sınıf I:Günlük aktivitelerimi yaparken herhangi bir rahatsız hissetmiyorum.
 2-sınıf II:Günlük aktivitelerimi yaparken Hafif hareket kısıtlaması oluyor.
 3-Sınıf III:Günlük aktivitelerimi yaparken Belirgin Hareket kısıtlaması oluyor.
 4-SınıfIV:Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdüremiyorum.

19) Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yattınız mı?

- 1)Evet(kaç kere) 2)Hayır

20)Hastaneye yatışınızın kaçınıcı günündesiniz?(Belirtiniz).....

21)Hastalığınız ne zamandan beri devam ediyor?(Belirtiniz).....

22)Hastaneye yattıktan sonra hastalığınızın kontrolü için düzenli olarak sağlık kuruluşuna gittiniz mi?

- 1)Evet 2)Hayır

23) Doktora kontrollerine gelme sıklığınız nedir?

- 1)Hastalanınca 2)Düzenli olarak.....(ne sıklıkta)

24)Son 6 ay içinde kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yattınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

25)Son 6 ay içinde kalp yetersizliği nedeniyle herhangi bir hastanenin acil servisine başvurduunuz mu?

- 1)Evet ise yanına belirtiniz? 2)Hayır

26) Hastaneye yattıktan/acile başvurduktan sonra düzenli olarak hastalığınızın kontrolü için sağlık kuruluşuna gittiniz mi?

- 1)Evet 2)Hayır

27)Son 1 yıl içinde kalp hastalığınız nedeniyle sağlık kontrolüne kaç kere gittiniz?.....

28)Kalp yetersizliği ve yönetimi konusunda daha önce hiç eğitim aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

29)Eğitim aldıysanız kimden aldınız?.....

30)Hastalığınız hakkında sizce bilginiz yeterli mi? 1)Evet 2)Hayır

31)Kullandığınız ilaçların adını biliyor musunuz?

1)Biliyor 2)Bilmiyor 3)Kısmen biliyor

32) İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3)Kısmen

33)Kullandığınız ilaçların etki ve yan etkilerini biliyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır 3)Kısmen Biliyor.

34)Evde her gün tartılıyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır

35)Tartılırken nelere dikkat ediyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1)Her sabah aynı saatte tartılırım.

2)Her sabah aç karınla tartılırım.

3)Her gün aynı kıyafetimle tartılırım.

4)Her gün aynı tartıyı kullanırım.

5)Üç gün içinde aniden 2 kilonun üzerinde bir kilo artışı olduğunda bir sağlık kuruluşuna giderim.

36)Ödem kontrolü yapıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır 3)Kısmen

37) Kardiyak diyetinize (az tuzlu) uyuyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3)Kısmen

38) Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz? (Günde en az 20-30 dk)

1) Evet 2) Hayır 3)Kısmen

39) Egzersiz türünüz nedir?

1) Yürüyüş 2) Merdiven çıkma 3) Diğer Belirtiniz?.....

40) Hastalığınız iş yaşamınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

1) Evet 2) Hayır

41)Hastalığınız aile yaşamınızı olumsuz yönde etkiledi mi? 1)Evet 2)Hayır

EK-2**DİYETE UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki sorulardan size en uygun olanı işaretleyiniz.

1: Kesinlikle Katılmıyorum.

2: Katılmıyorum.

3: Kararsızım

4: Katılıyorum.

5: Kesinlikle Katılıyorum.

| <i>İFADELER</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1.Az tuzlu diyetle beslenmek sağlıklı olmanı sağlayacaktır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Tuzlu yiyecekler benim için iyi değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Az tuzlu diyetle beslenme kalp sağlığımı koruyacaktır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Az tuzlu diyetle beslenme bacaklarımdaki şişmeyi azaltıyor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.Az tuzlu diyetle beslenme vücudumda su toplanmasını önleyecektir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Az tuzlu diyetle beslendiğim için, lokantaya gitmemi zorlaştırmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Tuzu az olan yiyecekler lezzetsiz geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.Az tuzlu diyet oldukça pahalıdır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.Az tuzlu diyetle beslenme çok zamanımı alır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.Az tuzlu diyetin nasıl uygulanacağını anlamak çok zor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.Az tuzlu diyetle beslendiğimde kendimi daha iyi hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.Az tuzlu diyetle beslenmek daha kolay nefes almamı sağlayacaktır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-3**İLACA UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki sorulardan size en uygun olanı işaretleyiniz.

1: Kesinlikle Katılmıyorum.

2: Katılmıyorum.

3: Kararsızım

4: Katılıyorum.

5: Kesinlikle Katılıyorum.

| İFADELER | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.İlaçlarımı aldığımda, kalp hastalığım hakkında çok fazla endişelenmiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Eğer ilaçlarımı içersem, hastaneye yatma olasılığım azalır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.İlaçları içmeyi hatırlamak zor geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.İlaç içmekten hoşlanmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.Her gün bir sürü ilaç içmek zorunda kalıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Her gün ilaç içmek, evden dışarı çıkmamı zorlaştırıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.İlaçlarımı içmek ödemimi (şişliğimi) azaltıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.İlaçlarımı içmeyi unutuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.Her gün ilaç içmek, kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.İlaç içmek,nefes almamı kolaylaştırıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.İlaçlarımı içmek daha kaliteli (rahat) yaşamamı sağlıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.İçtiğim ilaçlar geceleri tuvalete gitmek için uyanmama neden oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-4

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda son 4 hafta içinde sağlığınız hakkında görüşlerinizi belirlemek için sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak altında bulunan cevap seçeneklerinden sizin için en uygun cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınız nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

SAGLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- Bir yıl öncesinden çok daha iyi 1
 Bir yıl öncesinden biraz daha iyi 2
 Hemen hemen aynı 3
 Bir yıl öncesinden biraz daha kötü 4
 Bir yıl öncesinden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

| AKTİVİTELERİNİZ | Evet çok engelliyor | Hayır biraz engelliyor | Hayır pek engellemiyor |
|--|---------------------|------------------------|------------------------|
| a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde | 1 | 2 | 3 |
| b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi Orta / hafif aktivitelerde | 1 | 2 | 3 |
| c. Paket veya çanta taşırken | 1 | 2 | 3 |
| d. Birkaç kat merdiven çıkarken | 1 | 2 | 3 |
| e. Bir kat merdiven çıkarken | 1 | 2 | 3 |
| f. Eğilirken, çömelirken | 1 | 2 | 3 |
| g. Bir kilometreden fazla yürürken | 1 | 2 | 3 |
| h. Birkaç yüz metre yürürken | 1 | 2 | 3 |
| i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken | 1 | 2 | 3 |
| j. Giyinirken veya yıkanırken | 1 | 2 | 3 |

4. Geçen 4 hafta boyunca, isinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikâyetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

| | <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> |
|--|-------------|--------------|
| a. İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı? | 1 | 2 |
| b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz? | 1 | 2 |
| c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı? | 1 | 2 |
| d. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?) | 1 | 2 |

5. Geçen 4 hafta boyunca, isinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karsılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz?)

| | <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> |
|--|-------------|--------------|
| a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı? | 1 | 2 |
| b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz? | 1 | 2 |
| c. İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız? | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınıza ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

| | |
|----------------|---|
| Pek etkilemedi | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |
| Oldukça | 4 |
| Aşırı | 5 |

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

| | |
|-----------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok hafif | 2 |
| Hafif | 3 |
| Orta | 4 |
| Fazla | 5 |
| Çok fazla | 6 |

8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dâhil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

| | |
|---------------|---|
| Çok değil | 1 |
| Az | 2 |
| Orta | 3 |
| Oldukça fazla | 4 |
| Aşırı | 5 |

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alarak cevaplandırınız.

GEÇEN AY BOYUNCA

NE KADAR SÜRE

| | <u>Her zaman</u> | <u>Çoğunlukla</u> | <u>Biraz fazla</u> | <u>Bazen</u> | <u>Çok az</u> | <u>Hiç</u> |
|---|------------------|-------------------|--------------------|--------------|---------------|------------|
| a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Çok sinirli biriydiniz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Sakin ve huzurluydunuz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Fazla enerjiniz vardı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Moralsiz ve kederli hissettiniz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Hiç mutlu oldunuz mu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Yorgun hissettiniz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Sağlığınız akraba ve ya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

| | Kesinlikle <u>doğru</u> | Çoğunlukla <u>doğru</u> | Emin <u>değilim</u> | Çoğunlukla <u>yanlış</u> | Kesinlikle <u>yanlış</u> |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Sağlığım mükemmel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Tedaviye Uyumluluğu Ve Yaşam Kaliteleri

Sayın Katılımcı,

Kronik Kalp Yetersizliği hastalarının tedaviye uyumluluğu ve yaşam kalitesi konusunda bir araştırma yapmaktayım. Hastalığınıza bağlı olarak yaşam şeklinizde ortaya çıkan değişiklikleri, günlük yaşam aktivitelerinizin etkilenip etkilenmediğini, etkilendiyse hangi alanlarda etkilendiğini ve yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini ortaya çıkarmayı amaçlıyorum.

Tedaviye uyumluluğu ve Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde oldukça önemlidir. Bu araştırma kardiyoloji biriminde görevli hemşirelere, hastaların tedaviye uyumluluğu ve yaşam kalitesini geliştirmede rehber olması amacıyla uygulanmaktadır.

Kronik Kalp Yetersizliği bireylerin tedaviye uyumluluğu ve yaşam kalitesine etkileri konusunda sizin görüşleriniz çok değer taşımaktadır. Bu görüşler, size verdiğimiz bakımda önemli bir yönlendirici olacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size 20 dakika sürecek bir soru formu ve üç ölçek verilerek doldurmanız istenecektir. Sorular ve ölçeklerde yer alan ifadeler tamamen sizin deneyimleriniz ile ilgili olup doğru ya da yanlış yanıtı yoktur.

Formlarda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak. Sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararına bir durum oluşmayacaktır.

Araştırmaya Katılan Kurum

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Toplam Katılımcı: 250 kişi

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın **Hemş. Tülay DEMİRCİ** tarafından **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim dalı**nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.....(Doktor ismi),(telefon ve adres) ‘ten arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Gerekliyse olur işlemine tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Gerekliyse yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

ETİK KURUL KARARI

T.C
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı: 96638255/ 893

27/08/2015

Konu:

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitümünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Programı 1148303008 nolu öğrenciniz Tülay DEMİRCİ ÜLGER'in 'Kronik kalp yetersizliği hastalarının tedaviye uyumları ve yaşam kaliteleri' başlıklı bitirme tezi çalışmasını Trakya Üniversitesi kardiyoloji Anabilim dalı kardiyoloji servisinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. A. Kenan YALTA
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı



T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 02
Konu : Etik Kurul Kararı

16/10/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 07/10/2015 tarihli ve 6946409/302.14-34 sayılı yazınız.

Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Tülay DEMİRCİ ÜLGER'in 'Kronik kalp yetersizliği hastalarının tedaviye uyumları ve yaşam kaliteleri.' başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili yazınız ve ekleri 16.10.2015 tarihli Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sema BASAL
Etik Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 sayfa)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-09)

| | |
|----------------------------------|--|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ TEDAVİYE UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİ. |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | P09R00 |

| | | |
|-----------------------------|------------------|--|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ: | Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2 |
| | TELEFON | 0288 212 26 80 |
| | FAKS | 0288 212 26 90 |
| | E-POSTA | sabe@klu.edu.tr |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Öğrenci/ Tülay DEMİRCİ ÜLGER | | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Hemşirelik Anabilim Dalı | | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü | | | |
| | KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI | Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ | | | |
| | KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI | Biyokimya | | | |
| | BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | YOK | | | |
| | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) | YOK | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | YOK | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ | FAZ 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 3 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 4 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Gözlemsel ilaç çalışması | <input type="checkbox"/> | | |
| Tıbbi cihaz klinik araştırması | | <input type="checkbox"/> | | | |
| İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları | | <input type="checkbox"/> | | | |
| İlaç dışı klinik araştırma | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Diğer ise belirtiniz | | | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> | |

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2015-SBEK-09)

| | |
|----------------------------------|--|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ TEDAVİYE UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİ. |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | P09R00 |

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|------------------------------------|--------------------------------|
| | | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | 07.10.2015 | 1 | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 07.10.2015 | 1 | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | | | | |
| | SİGORTA | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| | BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | DİĞER: | <input checked="" type="checkbox"/> | Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD | | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No:09 | Tarih: 16.10.2015 | | | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. | | | | | | |

| SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU | |
|--|--|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi. |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Sema BASAT |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|---|------------------------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| | | | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan) | İç Hastalıkları | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı) | Nükleer Fizik | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Yrd.Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör) | Klinik Biyokimya | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ | Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Yrd. Doç. Dr. Aygül YANIK | İşletme Yönetimi ve Organizasyon | Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |

*:Toplantıda Bulunma

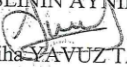
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 29.06.2016
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2016 /06

KARAR 01: : Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksekisans öğrencisi Tülay DEMİRCİ ve Hava KURBUN'un tez danışmanı değiştirme formları görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksekisans öğrencisi Tülay DEMİRCİ ve Hava KURBUN'un tez danışmanlarının Kırklareli Üniversitesi Lisansüstü Senato Esasları 20/1 maddesi uyarınca aşağıdaki tabloda gösterildiği şekliyle değiştirilmesine oybirliği ile karar verildi.

| ÖĞRENCİ NO | AD-SOYAD | PROGRAMI | ESKİ DANIŞMANI | YENİ DANIŞMANI |
|------------|---------------|---------------|------------------------|----------------------------------|
| 1148303008 | Tülay DEMİRCİ | Hemşirelik YL | Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ | Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN |
| 1148303010 | Hava KURBUN | Hemşirelik YL | Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ | Yrd. Doç. Dr. İlknur METİN AKTEN |

ASLININ AYNI DİR

 Meliha YAVUZ TAŞCI
 Enstitü Sekreteri
 Raportör

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

| | |
|------|--|
| A.1. | Adı soyadı: Tülay Demirci |
| A.2. | Doğum tarihi ve yeri: 03.11.1982 |
| A.3. | Yabancı dil bilgisi: İngilizce (Orta) |
| A.4. | Görev yeri: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu |
| A.5. | İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon): tulaydmrc@hotmail.com |

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

| | |
|------|---|
| B.1. | Mezun olduğu üniversite / fakülteyi lütfen belirtiniz: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu |
| B.2. | Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz 26.02.2009 |
| B.3. | Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: - |

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

| | |
|------|---|
| C.1. | Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: 6 Eylül Hastanesi, Hera Termal Otel (Kabin Hemşirelik), Kırklareli Devlet Hastanesi. |
|------|---|

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

| | |
|------|---|
| D.1. | İyi Klinik Uygulamalar (İKU) konusunda eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz: Yeni Doğan Yoğun Bakım Sertifikası. |
| D.2. | Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: |
| D.3. | Varsa, izleyici (monitör) olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: |
| D.4. | Varsa, saha görevlisi olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: |
| D.5. | Varsa, araştırma eczacısı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: |

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

| | |
|--------|----------------------------|
| E.2. | Özgeçmiş Sahibi |
| E.2.1. | El yazısıyla adı soyadı: |
| E.2.2. | Tarih (gün/ay/yıl olarak): |
| E.2.3. | İmza: |