



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN İLAÇ
UYUM DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma BOĞAN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2018

GAZIANTEP

**T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)**

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN İLAÇ
UYUM DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma BOĞAN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2018




GAZIANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Fatma BOĞAN	Tez Savunma Tarihi	28.08.2018
Tez Adı	Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Uyumu Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (İç Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Doç. Dr. Medet KORKMAZ	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD./İç Hast. Hem. Öğ. Üy.	
Üye	Prof. Dr. Arzu TUNA	SANKO Üniv./ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. AD.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sibel SEVİNÇ	Hatay Mustafa Kemal Ü./SYO Hemşirelik Bölümü/İç Hast. Hem. Öğ. Üy.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- ✓ Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- ✓ Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- ✓ Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- ✓ Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- ✓ Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

28.08.2018

Fatma BOĞAN

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűresince desteęini ve yardımını hiç esirgemeyen, sabırlı, anlayıőlı ve hoőgűrűlű yaklaőımı ile beni en doęruyu bulmaya sevk eden deęerli hocam ve danıőmanım Doç. Dr. Sayın Medet KORKMAZ'a,

Yűksek lisansım boyunca eęitimime katkıda bulunan SANKO Ŭniversitesi Saęlık Bilimleri Enstitűsű Hemőirelik Ana Bilimdalı'nın kıymetli űęretim űyelerine,

Desteklerini ve yardımlarını her zaman gűrdűęűm yűksek lisans dűnem arkadaőlarım Semiha ERKOCA ve İbrahim Caner DİKİCİ'ye,

Beni bugűnlere getiren çok sevgili anne ve babama,

Varlıklarıyla sonsuz mutluluk ve gurur duyduğum oğlum Mustafa Egemen BOğAN ve kızım Zeynep Defne BOğAN'a,

Eęitimim boyunca her tűrlű desteęini esirgemeyen ve her koőulda yanımda olan hayat arkadaőım, eőim Mustafa BOęAN'a sonsuz teőekkűr ederim...

Fatma BOğAN

ÖZET

Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi.

Kronik kalp yetersizliği; akut alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Miyokartta meydana gelen yıkım geri dönüşümsüz olup, gelişen fonksiyon kaybı bir hayat boyu devam eder. Çalışmamız kalp yetersizliği olan hastaların tedavilerine olan uyumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Özel Sani Konukoğlu Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Kliniklerinde Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında tedavi gören, örneklemini ise araştırmamızın kriterlerine uyum sağlayan 100 hasta birey oluşturmuştur. Çalışma verilerinin elde edilmesinde Hasta Tanıtım Formu, MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilgili Yaşam Anketi ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır. MacNew kalp hastalığına özgü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi anketi ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır. Medeni durum ve çalışma durumunun ilaç uyumu ve yaşam kalitesi anketi skorlarını etkilemediği görülmüştür. Erkek cinsiyetin yaşam kalitesi anketi skorları kadınlara göre daha yüksek iken, ilaç uyumu ile cinsiyet arasında ilişki bulunamamıştır. Eğitim durumu ile ilaç uyum ölçeği puanları arasında ilişki bulunamamışken, eğitim düzeyinin düşük olmasının yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür. Beden kitle indeksi (BKİ) ile inanç ölçeği arasında ilişki bulunamamışken, obezlerin fiziksel alt boyutta yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. NewYork Kalp Derneği'nin (NYHA) kalp yetmezliği sınıflandırmasına göre kalp yetersizliği düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düşmekte iken, ilaç uyumu değişmemektedir. Bu çalışmanın sonunda daha geniş örnekleme çalışılması, kalp yetersizliği olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve uyum düzeylerini yükseltmek üzere girişimlerin planlanması ve ileri düzey kalp yetersizliği olan hastaların tedavi uyumlarının başka bireylere bağımlı olması nedeniyle evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: İlaç Uyumu; Yaşam kalitesi; Kalp Yetersizliği; Hemşire

ABSTRACT

Examination of Drug Compliance Levels on the Quality of Life of Patients with Chronic Heart Failure.

Chronic heart failure (CHF) is a chronic disease that is characterized by acute fever and remission. The myocardial destruction is irreversible and loss of function is permanent. Our study was conducted as a descriptive study in order to evaluate the relationship between the treatment compliance of patients with heart failure and their life quality. The population of our study consisted of 100 patients, who were hospitalized in Coronary Intensive Care Unit (CICU) and Cardiology Clinics of Sahinbey Research and Training Hospital of Gaziantep University and Private Sani Konukoğlu Hospital between November 2017 and July 2018. Patient Identification Form, MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument and Drugs Use Health Belief Scale were used to collect study data. No statistically significant relationship was found between MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument and Drugs Use Health Belief Scale. It was observed that marital status and employment status did not affect questionnaire scores related to drug compliance and quality of life. While the quality of life scores of the males were higher than that of the females, any relationship was not found out between drug compliance and gender. Any relationship was not found out in the scale scores between educational background and drug compliance but it was observed that low education level decreased the quality of life. Any relationship was not found out between body mass index (BMI) and belief scale but it was observed that the obese had a lower quality of life in the physical sub-dimension. According to the heart failure classification by New York Heart Association (NYHA), the quality of life decreases as the level of heart failure increases; however, drug compliance remains the same. As a result of the study, it was suggested that home care and nursing services should be generalized, as the study requires a larger sample, planning interventions to improve the relation between the quality of life and compliance level of females with heart failure, and treatment compliance of patients with advanced heart failure is dependent on other individuals.

Keywords: Drug Compliance; Quality of Life; Heart Failure; Nurse

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Kalp Yetersizliği	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Kalp yetersizliğinin epidemiyolojisi	3
2.1.3. Kalp yetersizliğinin etiyojisi	4
2.1.4. Kalp yetersizliğinin patofizyolojisi	4
2.1.4.1. Frank-starling mekanizması	5
2.1.4.2. Nörohormonal aktivasyon	5
2.1.4.3. Miyokardiyal remodelling	5
2.1.5. Kalp yetmezliğinin tipleri	5
2.1.5.1. Düşük debili kalp yetmezliği	5
2.1.5.2. Yüksek debili kalp yetersizliği	5
2.1.5.3. Sağ kalp yetersizliği	6
2.1.5.4. Sol kalp yetersizliği	6
2.1.5.5. Akut kalp yetersizliği	6
2.1.5.6. Kronik kalp yetersizliği	6
2.1.5.7. Sistolik kalp yetersizliği	6
2.1.5.8. Diyastolik kalp yetersizliği	6
2.1.6. Kalp yetersizliği belirti ve bulguları	7
2.1.6.1. Dispne	7
2.1.6.2. Ortopne	7
2.1.6.3. Paroksizmal nokturnal dispne (PND)	7

2.1.6.4. Egzersiz intoleransı.....	7
2.1.6.5. Cheyn stokes solunumu	7
2.1.6.6. Ödem ve sıvı retansiyonu	8
2.1.6.7. Halsizlik ve yorgunluk.....	8
2.1.6.8. Abdominal bulgular	8
2.1.6.9. Serebral bulgular.....	8
2.1.7. Sınıflandırma ve kalp yetersizliğinin evreleri.....	8
2.1.8. Kalp yetersizliğinde tanı	9
2.1.8.1. Fizik muayene bulguları	9
2.1.8.2. Laboratuvar bulguları	10
2.1.8.3. Elektrokardiyografi (EKG), egzersiz testi, holter EKG ve telekardiyografi	10
2.1.8.4. Ekokardiyografi	10
2.1.9. Kalp yetersizliğinde tedavi	11
2.1.9.1. Kalp yetersizliğini presibite edici etkenler	11
2.1.10. Genel önlemler.....	11
2.1.10.1. Fiziksel aktivite.....	11
2.1.10.2. Diyet.....	11
2.1.10.3. Sıvı alımı.....	12
2.1.10.4. Sigara ve alkol	12
2.1.11. Farmakolojik tedavi	12
2.1.11.1. Diüretikler.....	12
2.1.11.2. Beta blokerler.....	13
2.1.11.3. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-I).....	13
2.1.11.4. Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)	13
2.1.12. Kalp yetersizliğinde cihaz tedavisi	13
2.1.13. Kalp yetersizliğinde prognoz	14
2.2. Yaşam Kalitesi	14
2.2.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	14
2.2.2. Kalp yetersizliği ve yaşam kalitesi	15
2.2.3. Kalp yetersizliği-yaşam kalitesi ve hemşirelik hizmetleri.....	15
2.3. İlaç Uyumu	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.4.1. Veri toplama araçları	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	22
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	22
4. BULGULAR	23
4.1. Genel Tanımlayıcı İstatistikler	23
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKLAR.....	51
8. EKLER.....	59
EK-1 Hasta Tanıtım Formu	
EK-2 MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi	
EK-4 Etik Kurul Karar Formu	
EK-5 Kurum Çalışma İzni (Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi)	
EK-6 Kurum Çalışma İzni (Özel Sani Konukoğlu Hastanesi)	
EK-7 MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi Kullanım İzni	
EK-8 İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	
EK-9 İntihal Rapor Formu	
EK-10 Özgeçmiş	

KISALTMALAR DİZİNİ

ACE-I	: Anjiotensin Converting Enzim İnhibitörü
AHA	: Amerikan Kalp Birliği
ARNI	: Anjiotensin Reseptör Neprilysin İnhibitörü
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
EKO	: Ekokardiyografi
ICD	: İnternal Kardiyak Defibrilatör
İKİSİÖ	: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği
KKY	: Kronik Kalp Yetersizliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	: Kalp Yetersizliği
MACNEW	: MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi
NYHA	: NewYork Kalp Derneği
RAAS	: Renin-Anjiotensin-Aldesteron Sistemi

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1.8.1.1. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları.....	9
Tablo 4.1.1. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Cronbach Alfa Değerleri..	23
Tablo 4.1.2. Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	24
Tablo 4.1.3. Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı-Devam	25
Tablo 4.1.4. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	26
Tablo 4.1.5. Sayısal Demografik Özellikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	27
Tablo 4.1.6. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.1.7. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.1.8. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.1.9. Ölçek Puanlarının Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.1.10. Eğitim Gruplarında MacNew Ölçekleri İçin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	32
Tablo 4.1.11. Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skorları All Pairwise Çoklu Karşılaştırmaları.....	34
Tablo 4.1.12. Yarar Algısı Alt Boyut Skorları All Pairwise Çoklu Karşılaştırmaları	35
Tablo 4.1.13. Öz Etkililik Alt Boyut Skorları All Pairwise Çoklu Karşılaştırmaları	36
Tablo 4.1.14. Ölçek Skorlarının Hastaların BKİ Gruplarına Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.1.15. BKİ Gruplarında MacNew Ölçekleri İçin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları ..	39
Tablo 4.1.16. Ölçek Skorlarının Hastaların NYHA Sınıfına Dağılımlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.1.17. MacNew Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları	41
Tablo 4.1.18. Ölçek Skorlarının Hastaların Hastaneye Yatış Sayısına Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması	42

Tablo 4.1.19. Hastaneye Yatış Süresi MacNew Emosyonel Alt Boyut Skorlarının Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	44
---	----



1. GİRİŞ

Kardiyovasküler sistem, içinde kanın vücuda dağıldığı kapalı bir ağ sistemidir. Bu sistem kanı pompalayan kalp ve kanı perifere ulaştıran vasküler yapılardan oluşur. Kalp normal bir erişkinde dakikada en az 60 defa pompalama işini devam ettirir. İstirahat halindeki bir erişkinde dakikada 4-6 lt kadar kan kalp tarafından perifere pompalanır. Efor sırasında dakikada pompalanan kan istirahatte pompalanan miktara nazaran 4-7 kat artabilmektedir. Kalbin bir dakikada aorta pompaladığı kan miktarına debi adı verilir. Kalp debisi; kalbin dakikadaki kasılma sayısı ile her kasılmada kalpten çıkan kan miktarının çarpımıyla hesaplanır (Dolar, 2005; Hall ve ark, 2017). Koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalıkları, sistemik hipertansiyon, aritmiler, endokrin hastalıklar, anemi gibi birçok durum kalbin pompa fonksiyonunu bozabilmektedir. Kalbin pompa fonksiyonunun bozulduğu duruma kalp yetersizliği (KY) adı verilir (Hall ve ark, 2017; Dolar, 2005). Kronik kalp yetersizliği (KKY); akut alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Miyokartta meydana gelen yıkım geri dönüşümsüz olup, gelişen fonksiyon kaybı bir hayat boyu devam eder. Akut alevlenme (dekompanse dönem) sırasında hastalar; dispne, takipne, periferik ödem, pulmoner ödem, hipertansiyon ve bilinç bulanıklığı gibi semptomlarla başvururlar. Akut alevlenmelerin tedavisinde; intravenöz nitrogliserin, diüretikler, bronkodilatörler ve oksijen kullanılır. Remisyon dönemlerinde ise diüretiklere ek olarak beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiotensin reseptör blokerleri kullanılmaktadır. Remisyon dönemlerinde; ilaçların düzenli kullanılması, sıkı diyet uygulanması ve ağır egzersizden kaçınılmasının akut alevlenmelerin sayısını ve süresini azaltacağı düşünülmektedir. Ne kadar az akut alevlenme görülürse hasta bir o kadar konforlu bir hayat sürdürür.

Kalp yetersizliğinde verilen tedavilerin temel amacı hastaların; daha az semptomatik süre yaşamaları, hastaneye yatış sayısının az ve sürelerinin kısa olmasıdır. Verilen medikal ve davranış değişikliği önerilerine hastaların uyması semptomlarını azaltıp, yaşam kalitelerini yükseltmesi beklenmektedir.

Günümüz tedavi modalitelerinde yalnızca ilaç tedavisine değil, yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri de tedavinin önemli parçası kabul edilmektedir. Yaygın inanışın aksine ilaç dışı öneriler kimi zaman yaşam kalitesinin artmasında tek başına etkili olmaktadır. Ancak bireylerin ilaç kullanma davranışları ile ilaç dışı önerilere uyma davranışlarının çoğu zaman benzer olduğu düşünülürse tedavinin bir bütün olarak düşünülmesi daha makul

olacaktır. Yaşam kalitesi algısı kişisel, toplumsal, inançsal ve kültürel farklılıklara göre çeşitlilik gösterse de, medikal olarak tanımı; hastalığın alevlenme sayısı ve sürelerinin az olması, hastane yatış sayısının az olması, hastane dışında sosyal alanlarda ve evde daha fazla bulunabilme, hastalığın getirdiği kısıtlılıkların günlük yaşamı zorlaştırmaması, fiziksel ve ruhsal iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesi gibi komponentlerin tümünü barındırmaktadır.

Bu çalışmanın amacı kalp yetersizliği olan hastaların tedavilerine olan uyumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Kalp Yetersizliği

2.1.1. Tanım

Kalp yetersizliği, metabolizmanın ihtiyacı olan kanın kalp tarafından pompalama fonksiyonunu azaltan patolojilerden köken alır (Hall ve ark., 2017). Yeterli kan akımının temin edilmesi, metabolizmanın işlevselliğini devam ettirebilmesi için yaşamsal bir zorunluluktur (Tezel, 2000; Özer, 2002). Kalbin en temel fonksiyonları; metabolizmanın ihtiyacı olan kanı pompalamak ve dokulara, kanda bulunan oksijen ve besin maddelerinin geçişini sağlayan arteriyel basıncı oluşturmaktır (Gök, 1996). Pompa fonksiyonunun bozulması, kalbe kan dönüşümü sağlayan pulmoner ve sistemik venlerde konjesyona, kalbin kan akımını sağladığı dokularda ise perfüzyonun bozulmasına yol açar (Enç, 2007). Kalp yetersizliği, sistemik ve pulmoner konjesyonun, doku hipoperfüzyonuna bağlı semptomların ve kompensasyon amaçlı nörohormonal değişikliklerin birlikte görüldüğü kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Kalp yetersizliği, metabolizmanın ihtiyacı olan oksijen ve besin maddelerinin yeterince sağlanamadığı; kalbin fonksiyonel ve anatomik bir hastalığıdır (Dickstein, 2008; Boonman-de Winter, 2015). Efor veya istirahat dispnesi, ortopne, efor kapasitesinde azalma, halsizlik, uyku problemleri, periferik ödem, taşikardi, takipne, akciğer ödemi, batın içi asit, hepatik ve juguler konjesyon; kalp yetersizliğinde sık görülen belirti ve bulgulardandır (Dickstein, 2008; Roberts, 2015).

Dünya Kalp Yetersizliği Topluluğu (World Heart Failure Alliance), kalp yetersizliğini; kalbin vücut için yeterli olan kanı pompalayamadığı; nefes darlığı, halsizlik ve periferik ödem gibi semptomların eşlik ettiği; yaşamı tehdit eden bir durum olarak tanımlar (Llyod-Jones, 2002; Roberts, 2015). Tüm belirti ve bulgularıyla kalp yetersizliği; basit bir mekanik bozukluktan daha çok ilerleyici ancak ilerlemesi önlenabilir bir hastalıktır (Eichorn, 1996).

2.1.2. Kalp yetersizliğinin epidemiyolojisi

Kalp yetersizliğinin en sık nedeni olan kardiyovasküler hastalıklar olup, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir (Hunt, 2001). Yaşla birlikte sıklığı artmakla gelişmiş ülkelerde kalp yetersizliği insidansı yaklaşık %1-2'dir (Mosterd, 2007). Yaşam boyu risk, 55 yaşından sonra erkeklerde %33, kadınlarda ise %28 olarak tanımlanmış olup, başta miyokard infarktüsü olmak üzere koroner arter hastalıkları sık görülen etiyolojik nedenlerdendir (Mosterd, 2007; Bleumink, 2004). 45 yaşın altında yıllık insidans 1/1000 iken, 65 yaş üstünde 10 kat, 85 yaş üstünde ise 30 kat artmaktadır (Dolar, 2005). Kalp

yetersizliği ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir kısmını ayırdığı başlıca bir morbidite nedenidir (Dickstein, 2008). Hastaların bir kısmı uzun yıllar yaşayabilse de, prognoz kötü seyirli olup; hastaların yarısı ilk 4 yıl içinde ölmektedir, tanıdan sonra hospitalize edilen hastaların %40'ı bir yıl içinde ölmekte ya da tekrar hospitalizasyon ihtiyacı duyulmaktadır (Dickstein, 2008).

2.1.3. Kalp yetersizliğinin etiyolojisi

Koroner Arter Hastalıkları ve sistemik hipertansiyon, kalp yetersizliğinin başlıca etyolojik faktörlerindedir (Meriç, 2004). Kalp kapaklarına ait patolojiler, kardiyomiyopatiler, enfektif hastalıklar (miyokardit, sistemik enfeksiyonlar v.b), romatolojik hastalıklar, ilaçlar, endokrinolojik hastalıklar ve travma gibi nedenler, kalp yetersizliğinin diğer nedenlerindedir (Enç, 2007).

2.1.4. Kalp yetersizliğinin patofizyolojisi

Kalbin sistol sırasında bir defada perifere pompaladığı kan miktarına “atım hacmi” denir ve ortalama bir erişkinde bu miktar her atımda 70 ml'dir (Alkanat, 2008). Kalbin bir dakikada perifere pompaladığı kan miktarına “kalp debisi” ya da “kardiyak output “ adı verilmekte olup atım hacminin kalp hızıyla çarpımıyla hesaplanır. Kalp debisi; yaş, cinsiyet, vücut yüzey alanı, metabolizma hızı ve fiziksel aktiviteye göre değişmektedir. Ortalama bir erişkinde kalp debisi ortalama 5 lt/dk'dır (Alkanat, 2008). Kalp debisi; kalp hızı, kontraktilite (kalp kasının kasılabilme gücü), önyük ve artyüke bağlıdır.

Ön yük (Preload): Sol ventrikül diyastol sonu basıncı, sağ ventrikülün preloadu da sağ ventrikül diyastol sonu basıncıdır. Diyastolde kalbe dolan kanın, ventrikül duvarına yaptığı basıncı ifade eder.

Ard yük (Afterload): Miyokardın kasılması sırasında karşılaştığı basıncı(sistemik kan basıncı, kapak darlıkları vs.) ifade eder.

Kasılabilirlik (Miyokard Kontraktilitesi): Miyokardın kasılma gücüdür. Esas olarak etkisini ifade eder.

Kalp Hızı: Bir dakikada gerçekleşen atım sayısıdır. Kalp debisinin hesaplanmasına aracılık eden önemli bir faktördür (Çalangu, 2002).

Kalbin pompa fonksiyonu bozulduğunda bazı mekanizmalar aracılığıyla bu durum kompanse edilmeye uğraşılır. Bu durumun uzun bir süre devam etmesi halinde, kompensasyon mekanizmaları yetersiz kalmaya, neticesinde kalp yetersizliğine bağlı semptom ve bulgular ortaya çıkmaya başlar (Çalangu, 2002).

Kalbin verimini normal tutmaya çalışan major kompensasyon mekanizmaları aşağıdaki

gibidir:

2.1.4.1. Frank-starling mekanizması

Miyokardın kasılma gücünün azaldığı durumlarda, kalbin atım hacmini korumayı amaçlayan kompanseuar bir mekanizmadır (Camm, 2007). Bu mekanizmada asıl amaç atım hacimini artırmaktır. Atım hacmi azalan kalp, diyastol sonu hacmini artırmak suretiyle atım hacmini ve dolayısıyla debisini artırma üzerine dayalı bir mekanizmayla çalışmaya başlar.

2.1.4.2. Nörohormonal aktivasyon

Aort ve karotid arterlerde bulunan baroreseptörler, debinin azalmasına bağlı gelişen basınç düşüşüne cevap olarak sempatik aktiviteyi stimüle edip kalp hızını ve kalp kasılabilirliğini arttırırlar (Özer, 2005). Bu mekanizma debinin azalması sonrası ilk gelişen kompanseuar mekanizma olup, sempatik sistem, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS), atriyal natüretik peptit (ANP), brain natüretik peptik (BNP), vasopressin, endotelin gibi hormonlar aracılığıyla gerçekleşir (Dolar, 2005).

2.1.4.3. Miyokardiyal remodelling

Remodelling; artmış önyük ve ard yükle baş etmek amacıyla miyokard dokusunda meydana gelen histolojik değişikliklere denir. Bu mekanizmada miyokard kütlesi ve hacmi artarken, interstisyel dokularda genişler ve neticede ventrikül şeklinde değişiklikler izlenir (Camm, 2007).

2.1.5. Kalp yetmezliğinin tipleri

2.1.5.1. Düşük debili kalp yetmezliği

İstirahat halinde iken 2,2-3,5 L/dk/m² olan kalp debisinin egzersiz sırasında artması beklenir. Ancak düşük debili kalp yetmezliğinde beklenen bu artış gerçekleşmediği için dokulara yeterince kan sunulamaz ve neticede sistemik vazokonstriksiyon, ekstremitelerde soğukluk, solukluk ve hatta bazen siyanoz izlenir. Nedenleri arasında; iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, dilate kardiyomyopati, valvüler ve perikardiyal hastalıklar sayılabilir (Dolar, 2005).

2.1.5.2. Yüksek debili kalp yetersizliği

Kalbe venöz dönüşün arttığı; anemi, hipertroidi, hamilelik, beriberi, paget hastalığı, arterio-venöz fistüller görülür (Hall, 2017). Ekstremiteler sıcak ve kırmızı, nabız basıncı normal veya artmış bulunur (Ayçiçek, 2003). Kardiyak debi artmasına rağmen, dokulara oksijen sunumu bozulmuştur.

2.1.5.3. Sağ kalp yetersizliği

Kronik Akciğer hastalıkları (KOAİ, Astım, interstisyel Akciğer hastalıkları gibi), akut pulmoner tromboemboliler, triküspit veya pulmoner kapak yetmezlikleri gibi durumlarda görülmekle birlikte en sık nedeni sol kalp yetmezliğidir. Kanın sistemik venlerde toplanması sonucu periferik ödem, batın içi asit, hepatomegali gibi bulgularla kendini gösterir (Demir, 2008).

2.1.5.4. Sol kalp yetersizliği

Sağ kalpten akciğere pompalan ve pulmoner venlerle sol atriyuma gelen kan, sol ventrikülün bozulan fonksiyonu nedeniyle sistemik dolaşıma pompalanamaz. Sonuç olarak; kan pulmoner venlerde toplanır ve pulmoner ven basıncı artar. Artan bu basınç klasik akciğer ödemi semptomları olan; solunum sıkıntısı, öksürük, hemoptizi, siyanoz, soğuk ve nemli cilt, düzensiz nabız gibi semptom ve bulgular görülür (Özer, 2002).

2.1.5.5. Akut kalp yetersizliği

Ani gelişen ve kompensasyon mekanizmalarının devreye girmesine zaman bırakmaksızın dakikalar veya saatler içinde kalp fonksiyonlarının bozulmasıdır. Akut miyokard infarktüsü, masif pulmoner emboli, ventrikül duvar rüptürü, uzun süren taşiaritmiler ve bradiaritmiler başlıca nedenler olarak sayılabilirler (Çalangu, 2002; Heper, 2002).

2.1.5.6. Kronik kalp yetersizliği

Kalp yetersizliğine götüren patoloji yavaş seyirli olarak geliştiğinde, kompensasyon mekanizmaları da birlikte aktive olur. Neticede gelişen kronik kalp yetersizliği, akut alevlenmelerle tespit edilir (Heper, 2002).

2.1.5.7. Sistolik kalp yetersizliği

Ekokardiyografide değerlendirilen ejeksiyon fraksiyonu (EF) kalbin sistolik fonksiyonunu ifade etmektedir (Heper, 2002). Normal bir kalpte EF %40-60 olarak değerlendirilir. %40'ın altında ölçülmesi durumunda sistolik kalp yetersizliğinden söz edilir (Çalangu, 2002). Sol ventrikül $EF \geq 50$ ise korunmuş ejeksiyon fraksiyon, sol ventrikül $EF < 40$ ise düşük ejeksiyon fraksiyon olarak tanımlanmıştır. %40-49 arası değerler gri (arada) bölge olarak belirtilmiştir (Ponikowski, 2016).

2.1.5.8. Diyastolik kalp yetersizliği

Sol ventrikülün sistolik fonksiyonları korunmuş iken ($EF > 40$) diyastolde gerçekleşen dolun fonksiyonun bozulduğu duruma verilen addır (Dickstein, 2008). Neticede, sol ventrikül diyastol sonu basıncı artar, kanın pulmoner venlerde toplanması, pulmoner basıncın artışına neden olur. Dispne, siyanoz, akciğerlerde raller ve hemoptizi gibi

semptomlarla kendini gösterir.

2.1.6. Kalp yetersizliği belirti ve bulguları

Kalp yetersizliği belirti ve bulguları, ventrikül içi basınç artışı ve kalp debisinin düşmesine bağlı olarak görülmekte olup etiyolojiden bağımsızdır (Dolar, 2005).

Kalp yetmezliğinin başlıca belirti ve bulgular şunlardır:

2.1.6.1. Dispne

Erken dönemde sadece efor sırasında gözlenen, hastalık ilerledikçe istirahatte de görülen, hasta tarafından “nefes alamama” olarak tarif edilen, solunum zorluğudur. Yine başlangıçta ortopne (düz yatar pozisyonda solunum zorluğu) ve paroksizmal noktürnal dispne (gece uykudan uyandıran solunum zorluğu) hastalığın seyri sırasında izlenebilmektedir (Dolar, 2005; Ayçiçek 2003).

2.1.6.2. Ortopne

Düz yatar pozisyonda iken hissedilen ancak oturur pozisyona gelme veya baş yükseltme ile kaybolan solunum zorluğunu ifade eder. Santral venlerde göllenmiş kanın, düz yatar pozisyonda iken hızla kalbe venöz dönüşü artırması, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu varlığında pulmoner konjesyona neden olur. Kimi hastalar, solunum sıkıntısını birden fazla yastık kullanmasıyla ifade eder (Dolar, 2005).

2.1.6.3. Paroksizmal noktürnal dispne (PND)

Gece uykudan uyandıran ani gelişen solunum zorluğudur. Ortopnenin aksine oturmak veya baş yükseltmek ile gerilemez. Solunum zorluğu, akciğerlerde ince raller, pembe köpüklü balgam, taşikardi başlıca bulgularıdır (Dolar, 2005).

2.1.6.4. Egzersiz intoleransı

Fiziksel aktivite sırasında kendini gösteren dispne, bir süre sonra hem fizyolojik hem de emosyonel olarak efor kapasitesinin azalmasına neden olur. Fiziksel aktiviteden kaçınma davranışlarının artmasına neden olan bu durum, zamanla solunum kaslarında da kondisyon eksikliği meydana getirip, bu kısır döngüye katkı sağlar (Korkmaz, 2003)

2.1.6.5. Cheyn stokes solunumu

Santral sinir sistemindeki solunum merkezinin, zamanla gelişen hiperkapniye (karbondioksit düzeyinde artış) duyarsızlaşması ile oluşan bu durum, paroksizmal noktürnal dispne ile sıklıkla birlikte görülür. Gelişen duyarsızlığa bağlı olarak, uyku sırasında solunum yavaşlar, oksijen saturasyonu azalır, karbondioksit saturasyonu artar. Karbondioksit kısmi basıncı, solunum merkezinin uyaracak düzeye geldiğinde ise, solunum hızlanmaya başlar; oksijen saturasyonu yükselirken, karbondioksit kısmi basıncı

da azalır. Periyodik olarak hipopne-apne-hiperpne görülen bu durum kalp yetersizliği hastalarının yarısında görülmektedir (Dolar, 2005; Ayçiçek, 2008).

2.1.6.6. Ödem ve sıvı retansiyonu

Kalp yetersizliğinde, özellikle alt ekstremitelerde gözlenen, bilateral, gode bırakan (iz bırakan) ödem; nörohormonal kompensasyon mekanizmaları ile ilişkilidir. Azalan debi, renal perfüzyon basıncının azalmasına, netice de RAAS sisteminin aktive olup, su ve tuz tutarak intravasküler volümü artırmak suretiyle perfüzyon basıncını artırma çabalarını tetikler (Özer, 2005).

2.1.6.7. Halsizlik ve yorgunluk

Kalp debisinin azalmasına bağlı, iskelet kaslarının yeterince kanlanamaması sonucu ortaya çıktığı düşünülür. Günlük aktivitelerde kısıtlanma, sık sık istirahat etme ihtiyacı, çabuk yorulma ile kendini gösterir (Dolar, 2005).

2.1.6.8. Abdominal bulgular

Sağ kalp yetmezliğinde ve sol kalp yetmezliğin ilerleyip sağ kalbin fonksiyonu bozduğu durumlarda görülür. Sistemik venlerde artan basınç, hepatik ve portal konjesyona neden olur. Gastrik yakınmalar, iştahsızlık, şişkinlik gibi hastalığa özgü olmayan semptomlarla görülür (Dolar, 2005; Ayçiçek, 2003).

2.1.6.9. Serebral bulgular

Özellikle akut kalp yetersizliği veya kronik kalp yetersizliğinin akut alevlenmelerinde görülür. Konfüzyon, konsantrasyon zorluğu, kişilik değişiklikleri ve uykuya meyil gibi semptomlar santral sinir sisteminin hipoperfüzyonuna bağlıdır (Dolar, 2005).

2.1.7. Sınıflandırma ve kalp yetersizliğinin evreleri

Amerikan Kalp Birliği (AHA) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından kabul edilen, Kalp yetersizliği evreleme sistemi, hastaları semptomlarının derecesine göre sınıflandırır. Buna göre;

- ✓ Evre A- KY için yüksek riskli olup yapısal kalp hastalığı ve KY semptomu olmayan hastalar,
- ✓ Evre B- Yapısal kalp hastalığı olup ama KY bulgusu ve semptomu olmayan hastalar,
- ✓ Evre C- Yapısal kalp hastalığı ile beraber önceden ve hala devam eden KY semptomları olan hastalar,
- ✓ Evre D- Dirençli ve tekrarlayan hastane yatışı olan hastalar olarak belirtilmiştir.

Hastaların fiziksel kapasitelerine göre değerlendirildiği, New York Kalp Birliği (NYHA) yayınlanmış olan sınıflamaya göre;

- ✓ Evre 1- Kardiyak hastalığı olan ancak fiziksel aktivitesi kısıtlanmayan hastalar
- ✓ Evre 2- Kardiyak hastalığı olan ve fiziksel aktivitenin hafif kısıtlanmasına neden olan hastalar
- ✓ Evre 3- Kardiyak hastalığı olan ve fiziksel aktivitenin belirgin kısıtlanmaya neden olduğu hastalar
- ✓ Evre 4- Kardiyak hastalığının fiziksel aktiviteyi tamamen engellediği hastalar şeklinde sınıflandırılır (Yancy, 2013).

2.1.8. Kalp yetersizliğinde tanı

Kalp yetersizliğinde; semptomlar çoğu zaman hastalığa özgül olmadığından dolayı tanı kimi zaman gecikmekte ve zorlaşmaktadır. Öte yandan erken tanınması ve tedavi sürecinin başlaması; hastalığın ilerleyişini yavaşlatmakta, mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmaktadır (McMurray, 2012). Risk faktörü olduğu bilinen hastaların, natriüretik peptitler gibi biyomarkerlar ile taranması mümkündür (McMurray, 2012). Kalp yetersizliği, miyokardın bir hastalığı gibi görülse de, etiyolojisinde kapak hastalıkları, ritm bozuklukları, sistemik hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi birçok faktör bulunmaktadır. Birincil nedenin tedavi edilmesi veya önlenmesi, miyokard hasarını engellemekte, böylece mortalite ve morbiditeyi azaltabilmektedir.

2.1.8.1. Fizik muayene bulguları

Kalp yetersizliğinde görülen fizik muayene bulgularının çoğu başka hastalıklarda da görülmektedir. Tanısal değerleri sınırlı olsa da prognozun belirlenmesinde önemlidirler (Çalangu, 2002).

Tablo 2.1.8.1.1. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları

Kalp yetersizliği belirtileri	Kalp yetersizliği bulguları
Tipik belirtiler	Özgül bulgular
Nefes darlığı	
Ortopne	Juguler venöz basıncın yükselmesi
Paroksizmal nokturnal dispne	Hepatojuguler reflü
Egzersiz toleransında azalma	3. kalp sesinin duyulması
Yorgunluk, egzersiz sonrası toparlama zamanının artması	Kalp tepe atımının yerdeğiştirmesi
Ayaklarda şişlik	
Zayıf belirtiler	Daha az özgülükte bulgular
Gece öksürüğü	Haftada 2 kg'dan fazla kilo alımı veya kilo kaybı
Hırıltı	Plevral efüzyon, periferik ödem, doku kaybı
Şişkinlik hissi	(kaşeksi),
İştah kaybı	Pulmoner krepitasyon, taşikardi,
Bilinç bulanıklığı	Düzensiz nabız, takipne,
Depresyon	Cheyne-Stokes solunumu, hepatomegali, assit
Çarpıntı	Soğuk ekstremiteler,
Baş dönmesi	Zayıflayan nabız
Bayılma	Oligüri

(Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: 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). Eur J Heart Fail 2008;10:933-989.)

2.1.8.2. Laboratuvar bulguları

Kalp yetersizliği tanısı olan veya şüphelenilen tüm hastalarda; tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, tam idrar tetkiki, CRP ve tiroid fonksiyon testlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Ek olarak akut alevlenme ile gelen hastalarda, akut koroner sendromların akılda tutulması ve kardiyak belirteçler olan CK-MB, troponin değerlerinin görülmesi önerilmektedir (Heper, 2002).

2.1.8.3. Elektrokardiyografi (EKG), egzersiz testi, holter EKG ve telekardiyografi

Kalp yetersizliğinin tanısında; akut koroner sendromların atlanmaması, ventrikül hipertrofisi, perikardiyal hastalıklar, ileti ve ritm bozukluklarının tanınması amacıyla EKG önerilmektedir (Pinsky, 1997). Holter EKG, aritmilerin tanınmasında kullanılan bir yöntemdir (Kelder, 2011). Kalp yetersizliğinde görülen; kardiyomegali, akciğer ödemi, pulmoner konusta belirginleşme ve Kerley çizgilerinin değerlendirilmesinde Posterior-anterior akciğer grafisi ve daha özel bir çekim yöntemi olan telekardiyografi kullanılmaktadır (Fonseca, 2006).

2.1.8.4. Ekokardiyografi

Ekokardiyografi (EKO); girişimsel olmayan ve kolay uygulanabilir bir tetkiktir. Kalp yetersizliğinin tanı ve takibinde kullanılan ultrasonografik bir yöntemdir. Non-spesifik şikayetlerle başvuran hastaların; EF, ventrikül ve atriyum boyutları, duvar ve kapak

hareketleri ve perikardın değerlendirilmesine imkan tanır. En büyük handikapı; bireysel beceri ve tecrübeye göre değişkenlik göstermesidir. Yalnızca sistolik fonksiyonlar değil, diyastolik fonksiyonların değerlendirilmesine imkan tanır (Büyükturan, 2013).

2.1.9. Kalp yetersizliğinde tedavi

Yapılan çalışmalarla ortaya çıkan kanıta dayalı yöntemler, tedavi algoritmaları ve yayınlanan klavuzlar; hasta bakımını iyileştirmeyi ve mortaliteyi azaltmayı hedeflese de bunlara yeterince uyulmadığı, sağ kalım ve yatış oranlarının halen yüksek olduğu görülmektedir (Heo, 2009). Tedavi; presipite edici faktörleri azaltmak, medikal ve medikal olmayan yöntemleri içermektedir.

2.1.9.1. Kalp yetersizliğini presipite edici etkenler

Hastaların yaşam kalitesi, akut alevlenme sayıları, hastaneye yatış sayısı ve süreleri ve mortaliteyi; doktor-hasta uyumu, tansiyon düzensizlikleri, çevresel faktörler, beslenme, emosyonel stres, tedavi uyumu, anemi, geçirilen enfeksiyonlar, uyku alışkanlıkları ve ek hastalıkları etkilemektedir. Tedavinin temelini hasta eğitimi ve bilinci oluşturmaktadır (Heper, 2002).

2.1.10. Genel önlemler

Kalp yetersizliği tedavisinde genel tedbirlere uyulması en az ilaç tedavisi kadar önemlidir (Çalangu, 2002).

2.1.10.1. Fiziksel aktivite

Kalbin yükünü azaltmak amacıyla; hastalara egzersiz kısıtlanması önerilir. Örneğin; daha yavaş yürüme, merdiven çıkarken veya uzun yürüyüşlerde ara ara dinlenmeleri önerilir. Sürekli bir dinlenme hali veya fiziksel aktiviteden tümüyle kaçınma, yaşam kalitesini bozabileceği ve derin ven trombozu, pulmoner tromboemboli gibi ek sorunlara da yol açabileceği için önerilmez. Akut alevlenmeler dışında kronik kalp yetersizliği hastalarının, yapacağı düzenli egzersizler, hem yaşam kalitesinin hem de aktivite toleransının artmasını sağlar (Çalangu, 2002).

2.1.10.2. Diyet

Diüretiklerin, kalp yetersizliği tedavisinde kullanılmaya başlanması, tuz kısıtlamasına lüzum kalmadığı düşüncesini uyandırmış olsa da, tuz kısıtlaması halen, kalp yetersizliği tedavisin ana unsurlarından biridir (Çalangu, 2002). Organ disfonksiyonuna yol açan, tuz ve sıvı yüklenmesinin tedavisinde, diüretikler halen önemini korumaktadır (Kuriyama, 2018). Hastalığın erken dönemlerinde, tuz kısıtlama ve hafif fiziksel egzersizler, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve semptomları geriletmek için yeterli iken, ilerleyen dönemlerde

daha sıkı diyet, su ve tuz kısıtlama, medikal tedavi gerekliliği doğmaktadır. Son yıllarda, popülerlik kazanan potasyum tuzları (kaya tuzları), damak tadına uygun yemekler yiyebilirken, su ve sodyum yüklenmesini azaltmaktadır (Çalangu, 2002). Yemeklerin sık aralıklarla küçük porsiyonlar şeklinde tüketilmesi, hazmedilmesi kolay sıvı içeriği zengin gıdalar tüketilmesi ve ayrıca alınan kalorinin kontrol edilip, düşük kalorili bir diyet tercih edilmesi önerilmektedir (Çalangu, 2002; Özer, 2005).

2.1.10.3. Sıvı alımı

Hastalığın erken evrelerinde serbest sıvı diyeti uygulanırken, özellikle; su ve tuz retansiyonunun arttığı ileri evrelerde, dilüsyonel hiponatremiyi engellemek amacıyla su kısıtlaması önerilmektedir (Çalangu, 2002).

2.1.10.4. Sigara ve alkol

Ülkemizde 15 yaş ve üzeri neredeyse her üç bireyden biri (erkeklerin %41,5, kadınların ise %13,1'i) tütün ürünü kullanmaktadır. Bu bireylerin %23,8'i her gün, %3,3'ü ise ara sıra tütün ürünü kullanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Sigara; içicilerin kalp hızını ve kan basıncını yükselten, kalp damar hastalıkları ve ani ölümlerin ana nedenlerinden biridir. Bunu, tromboza eğilim ve HDL-kolesterol düzeylerinin düşürmesi aracılığıyla gerçekleştirir (Samur, 2008). Kalp üzerinde, negatif inotrop etkisine sahip olan alkolün aşırı tükemi, kardiyomiyopatinin nedenleri arasında sayılmaktadır. Negatif inotropik etki yapabilir ve kan basıncında artış ve aritmi riskiyle bağlantılı olabilir. Kalp yetersizliği tanısı alan hastalara, diyetlerinde alkole yer vermemelerini veya azaltmalarını önermek bu nedenle önemlidir (Dickstein, 2008).

2.1.11. Farmakolojik tedavi

Kalp yetersizliği tedavisinde kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış olan diüretikler, beta blokerler, kardiyak glikozitler, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-I) ve anjiotensin reseptör blokerleri gibi ilaçlara son dönemlerde anjiotensin reseptör nepriliysin inhibitörü (ARNİ) ilaçlar da eklenmiştir. ARNİ' nin mortalite ve hastaneye yatış oranları üzerinde etkisinin ACE-I'den daha etkin olduğunu gösteren kanıtlar güncel klavuzlarda yer bulmaya başlamıştır (Ponikowski, 2016; Yancy, 2016). Etiyolojiden bağımsız olarak ACE-I ve beta blokerler kalp yetersizliğinde mortalite ve morbiditede azalma sağlayan ilaçlardır (Weber, 2001; Schwitter, 2011) ve dolayısıyla tedavide vazgeçilmez ajanlardır. Ayrıca aşırı su ve tuz yükünü azaltmak maksadıyla diüretik ilaçlar kullanılmaktadır.

2.1.11.1. Diüretikler

Diüretikler; son yıllarda kalp yetersizliği tedavisindeki popülerliklerini yitirmiş olsalar da,

halen her tedavi rejiminde yer bulmaktadırlar. Tuz ve su retansiyonuna bağlı, akciğer ödemi ve periferik ödemin semptomatik tedavisinde kullanılmaya devam etmektedir. Böbrek tübüllerinde sodyum geri emilimini azaltmak suretiyle su ve mineral atılımını artırırklar. Ancak aşırı kullanım, dehidratasyon, sıvı-elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, prerenal azotemi ve neticede RAAS sistemi aktivasyonuna neden olabilmektedir (Dolar, 2005).

2.1.11.2. Beta blokerler

Artmış sempatik aktiviteyi baskılamak suretiyle, ventrikülün iş yükünü azaltarak, semptomların, mortalite ve morbiditenin azalmasını sağlar.

Bu özelliğinden dolayı vazgeçilmez ilaçlardandır. Özellikle hafif ve orta şiddetteki kalp yetersizliği hastalarında önerilir, terminal dönem hastalarda ve kalp bloğu olan hastalarda önerilmez. Sıkı kan basıncı ve elektrolit takibi önerilir (Dolar, 2005). ACE-I gibi etiyolojiden bağımsız olarak tedavinin önemli bir parçasıdır. Yapılan klinik çalışmalarda, ani kardiyak ölüm ve ventriküler aritmiler gibi mortalite ve morbiditeyi artıran nedenleri azalttığı tespit edilmiştir (Ponikowski, 2016; Pitt, 2003). Son dönem hastalar veya kalp bloğu olan hastalar dışında, tüm hastalara verilmesi önerilmektedir (Ponikowski, 2016).

2.1.11.3. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-I)

Yapılan klinik çalışmalarda, mortaliteyi azalttığı, semptomları geriletlediği, yaşam kalitesini artırdığı ve remodellingi düzenlediği tespit edilmiştir (Ponikowski, 2016). Özellikle düşük ejeksiyon fraksiyonlu hastalara, semptomatik olsun ya da olmasın, önerilmektedir (Ponikowski, 2016).

2.1.11.4. Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)

ACE-I ile benzer etkilere sahiptirler ancak öksürük, anjio ödem gibi yan etkilerin daha az görüldüğü ilaçlardır ve ACE-I'na bağlı yan etki gelişen hastalara önerilmektedir (Granger, 2003).

2.1.12. Kalp yetersizliğinde cihaz tedavisi

İleri dönem kalp yetersizliği hastaları; aritmi ve ani kardiyak ölümlere açık hastalardır. İskemik etiyolojiye sahip hastalarda daha sık aritmi görülmektedir. Aritmi nedeniyle gelişen semptomlar ne kadar fazla ise mortalite de o kadar yüksek izlenmiştir (Bardy, 2005). Bu hastaların aritmiye girmeleri durumunda mortaliteyi azaltmak amacıyla Internal Cardiac Defibrilator (ICD) cihazları kullanılmaktadır. Sekonder koruma amacıyla kardiyak arrest veya ventriküler fibrilasyon (VF) gelişen tüm hastalara önerilmektedir (Myerburg ve Castellanos, 1997).

2.1.13. Kalp yetersizliğinde prognoz

Beş yıllık yaşam beklentisi tüm kalp yetersizliği hastaları için yaklaşık %50'dir. Son dönem hastalar için ise yıllık yaklaşık %30-40 mortalite beklenir. En sık ölüm nedeni kardiyovasküler nedenler olup, sıklıkla kalp yetersizliği alevlenmeleri (dekompanse dönem) ve aritmilere bağlı ani kardiyak ölümdür. NYHA sınıf II hastalarda daha çok ani kardiyak ölümler görülürken, NYHA sınıf IV hastalarda ise sıklıkla dekompanseasyona bağlı nedenlerle ölüm görülmektedir (Demirkıran, 2010).

2.2. Yaşam Kalitesi

Geçtiğimiz yüzyılın ortalarında, ortaya atılan “yaşam kalitesi” kavramı; bireyin hem duygusal hem de fiziksel olarak günlük hayatın içinde bulunduğu konumu açıklamaya çalışan bir kavramdır (Hakverdioğlu, 2009). Yaşam kalitesine olan akademik ilgi, 2. Dünya Savaşı'ndan sonra, toplumsal eşitsizliklerin farkındalığı ve tanınırlığı arttıkça artmıştır (<https://www.britannica.com/topic/quality-of-life>). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık; yalnızca medikal iyilik hali değil; fiziksel, ruhsal, sosyal bir varlık olan insanın, tüm bu yönleriyle tam bir huzur ve iyilik hali içinde bulunmasıdır (Soygur, 2003). Bireyin çevresi ile bir bütün olarak, günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi, toplumun kendisine çizdiği sınırlar dışında kısıtlılığı olmaması, üretime katkısı ve yaşam kalitesi sağlık ile ilişkilendirilmektedir (Biol, 2005).

Son yıllarda tıp bilimi; yalnız hastalıklarla mücadeleye değil, kaliteli bir yaşama da katkı sunmayı da hedeflemektedir. Bu hedefler doğrultusunda, yaşam kalitesinin ölçülebilir parametreye dökülmesi zorunluluğu doğmuştur (Yılmaz, 2010). Yalnızca ömrü uzatmak değil, hayatın getirdiği sorunlara hem fiziksel hem de ruhsal olarak mücadele edebilme, özgüven ve yaşam kalitesini artırmak, sağlık hizmetlerinin amaçlarındandır (Biol, 2005).

2.2.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

DSÖ'nün 1948 yılı sağlık tanımında “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramı kullanılmıştır. Sağlık hizmetlerinde, hastalığın değil, bireyin ön planla tutulduğu, hastalığın değil; bireyin, medikal, sosyal ve ruhsal olarak tedavisini bir bütün olarak ele alınması için etkilerin ölçülmesi gerekliliği doğmuştur (Aydemir, 2006). Yaşam kalitesi; klinik ve laboratuvar tetkikleri ile tespit edilemeyen, bireysel olarak yaşanan ve ifade edilen bir kavramdır. Bireyin fiziksel ve ruhsal durumu, öz bakım yeterliliği, toplum ve çevre ile ilişkilerinin tümü yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle Yaşam kalitesi dört ana başlıkla değerlendirilir, bunlar; ruhsal iyilik hali, fiziksel iyilik hali, sosyal ve maddi iyilik halleridir (Ergün, 2013; Eser, 2012).

2.2.2. Kalp yetersizliği ve yaşam kalitesi

Tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak, uzayan ortalama ömrü, beraberinde ciddi bir kronik hastalık yükü getirmiştir (Aydemir, 2006). Günümüzde artık sağlık bir bütün olarak algılanmakta olup; sadece hastalığın değil, hastalığın birey üzerinde yaptığı ruhsal, fiziksel ve sosyal etkiler de ele alınmaktadır. Özellikle kronik hastalıkları olan bireylerin bu şekilde değerlendirilmesi, tedaviye uyum ve hastalığı kabullenmelerini kolaylaştıracaktır (Demirağ, 2009). Gelişen tıbbi imkanlarla, yaşam ömrü uzatan kronik hastalığa sahip bireylerin, yaşam kalitelerinin artması, en az tıbbi tedaviler kadar önemlidir (zer, 2009). Kalp yetersizliği prognozu kötü olan bir hastalık olup, diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi üzerinde en fazla etkiye sahip kronik hastalıkların başında gelir (zer, 2009). Bunun nedeni; hastalığın bireye ait fiziksel aktiviteleri ciddi anlamda sınırlamasıdır (zer, 2005). Yaşam kalitesi kavramı yalnızca hastalıkla ilgili yakınmaları değil, yakınmaların neden olduğu fiziksel ve ruhsal kısıtlılığı da yansıtmaktadır. Bireylerin hastalık ve hastalığın getirdiği kısıtlamalara ruhsal olarak uyum sağlamalar gerekmektedir (zer, 2009). Kalp yetersizliği, kronik bir hastalık olup, yalnızca bireyi değil, bireyin mensubu olduğu aile ve toplumu da etkilemektedir. Dolayısıyla yalnızca hasta bireyin değil, bakım veren yakınlarının da uyum sorunu yaşamaları, yaşam kalitesini etkilemektedir (Schwarz, 2003). Hasta bireylerin, yaşamlarının büyük bir kısmını evde geçirmeleri, yakınlarının ve sağlık çalışanlarının birlikte çalışması ile tedavi ve bakımlarının düzenlenmesi, yaşam kalitelerinin artmasında katkıda bulunacaktır (Auer, 2002). Tedavinin yönetimindeki başarı, hasta ve yakınlarının yeni yaşama uyum sağlamaları ile paralellik göstermektedir. İlaç sayısının ve ilaç alım periyotlarının çok olması, diyet ve günlük aktivitelerin hastaların alışıla geldik tutumlarından farklı olması, geleneksel davranışlarla örtüşmeyen öneriler gibi nedenlerle, tedavi uyumunun bozulması yaşam kalitesini düşürebilmekte, hastane yatışları ve mortaliteyi arttırabilmektedir. Dolayısıyla, yaşam kalitesini arttıracak, yakınmaları azaltacak non farmakolojik önerilerin geliştirilmesi ve topluma uyarlanması uygun olacaktır (Enç, 2007).

2.2.3. Kalp yetersizliği-yaşam kalitesi ve hemşirelik hizmetleri

Hemşireliği kuramsal ve kavramsal çatısı ‘‘sağlık’’ üzerine odaklanmıştır (Esin, 1997). Hemşirelik; bireyin ve ailenin sağlık durumunu değerlendiren, yaşam kalitelerini arttıracak planlama ve çalışmalar yapan ve sonucu değerlendiren, sağlık odaklı bir kavramdır (Esin, 1997; Mollaoğlu, 2007). Sağlık iyilik halinin bozulması, yaşamdan zevk alma duyumunu azaltır. Hemşireliğin amacı, bireyin en kısa sürede bu durumu kabullenmesinde, kendi

bakımını üstlenmesinde, tekrar yaşadığı toplumda yer edinmesinde ve yaşam doyumunu artırmada yardımcı olmaktır (Pınar, 1994). 20. yüzyılda ortaya çıkan “yaşam kalitesi” kavramı, 1980’lerden itibaren hemşireliğin ilgi alanı olmuştur. Gelişen sağlık anlayışına göre; hemşireler hastaların yaşam kalitesini artırmak amaçlı, karşılıklı saygı ve işbirliği içinde yaşam kalitesini değerlendirmektedir (Özer,2005). Sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalığa uyum uygulamalarının ağırlık kazanması, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi gerekliliğini doğurmuştur. Amaç kronik hastalığa sahip bireylerin; hastalığa ve tedavi sürecine uyumunun ve bağımsızlığının artırılması, yaşam kalitesinin artmasını sağlayan etmenlerden olup hemşirelik bakımının hedeflerinden biri ve sağlık hizmetlerinde giderek ilk sırayı alan faktörlerdendir (Mollaoğlu, 2007). Hemşirelik hizmetlerinin bu yöndeki amaçları; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak artırmaktır. Bireyi merkeze alan bu yöntemde, birey hem tedavi hem de uyum sürecinde kendisi ile ilgili kararlara katkıda bulunur ve kendi bakımıyla ilgili bazı sorumlulukları üstlenir (Akdemir, 2003). Kronik hastalığa sahip bireyler; hastalık sürecinde yalnızca hastalığın getirdiği yakınmalarla değil, yaşamın kendilerine yüklediği görevlerle de mücadele eder, hayatlarını devam ettirecek sağlık dışı faaliyetlerini sürdürürler. Kronik hastalıklarda; gözardı edilen sosyal, ruhsal ve duygusal sorunlar incelenmeye ve çözüm aranmaya muhtaçtır. Bu şekilde birey sadece hastalık olarak değil, bir bütün olarak ele alınmış olacaktır (Mollaoğlu, 2007). Yaşam kalitesine artıma çabası; bireye yardım etme, bakım verme, hemşirelik mesleğinin bir parçası olan biyolojik, ruhsal ve sosyal iyilik halini yükseltme amaçlarını içerir (Hakverdioğlu, 2009; Mollaoğlu, 2007). Kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesini artırmak; bireyin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, uyum sürecinin başlatmak, farmakolojik ve non-farmakolojik önerilerin uygulanması, hastaya ait inanç ve değerlerin ele alınması, bireyin sağlığına verdiği değer ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, bireyin tedavi ve bakım planına katılımını gerektirmektedir.

Hastalığa bağlı sorunların tespit edilmesinde, takibi, tedavi ve bakımın uygulanmasında hastanın ve ailesinin, katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (Durademir, 1999).

Hemşirelik disiplinin önemli görevlerinden biri, hasta ve yakınlarının sağlık durumunu değerlendirmek, yaşam kalitesini artıracak önlemleri tespit etmek ve planlamaktır (Hakverdioğlu, 2009). Yalnızca hastalığa bağlı değil, uyum sürecinin getirdiği davranış değişiklikleri de ruhsal ve fiziksel sorunlara neden olabilmektedir (Mollaoğlu, 2007). Davranış değişiklikleri, yaşam kalitesini azaltabilmekte olup hemşirelik bilimi; bireyin

yetersiz olduğu konularda, desteklenmesi ve kabul edilebilir yetiye kavuşmasında gereken bakımı planlamalıdır (Akdemir, 2003). Yaşam kalitesini artırıcı davranış değişiklikleri konusundan bilgilendirme ve olumlu etki oluşturmalarını sağlamak hemşirelik hizmetlerinin sorumluluklarındandır. Alışlageldik tutumlarını değiştirmekte zorlanan bireyler, gelecekte ortaya çıkabilecek olumsuzluklara dikkat çekilerek motive edilebilirler (Bengtson, 2003). Bireylerin hastalık karşısındaki davranışsal ve ruhsal tepkileri, uyum problemlerinin anlaşılması ve uygun çözüm planlarının hazırlanması, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile gerçekleştirilebilir. Bu değerlendirme, verilen hizmetin geliştirilmesi, hemşirelik bakımı ve gereksinimlerine yönelim yeni yöntemlerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır (Ertem, 2009).

2.3. İlaç Uyumu

Tedavi uyumu; bireyin, sağlık sisteminin kendisine önerdiği farmakolojik ve non-farmakolojik tedbirleri kabul edip uygulamasıdır. Tedavi uyumunun unsurları ise; tedavi rejimine bağlı kalıp sonuna kadar devam etmek, belirli periyotlarda hastaneye gelmek, ilaçları uygun süre ve dozda kullanmak, gerekli davranışsal değişiklikleri yapmaktır (Velligan, 2010). Bunun tam tersi olan “tedaviye uyumsuzluğu” ise; önerilen ilaçları kullanmamak veya düzensiz kullanmak, koni reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, kontrollere gelmemek, tedavi rejimine uymamak ve önerilen yaşam tarzı değişikliklerine direnç göstermektir (Çakır, 2010).

Tedavi uyumsuzluğu; bireyin ilaç alımını unutması veya yanlış dozlarda alması, tedaviyi tam anlayamaması ve fiziksel kısıtlılıklara bağlı, istemeden de olsa tedavi rejimine uyamaması olabileceği gibi, kendi isteği ile ilaçları reddetmesi şeklinde gerçekleşebilmektedir. Bireyin tecrübesi ve sağlıkla ilgili kabullenmeleri, kronik hastalık sürecinde, istemli tedavi uyumsuzluğuna neden olabilmektedir (Toh, 2010).

Kalp yetersizliği olan bireylerin; öz-bakım davranışlarını araştıran çalışmalarda, bireylerin en çok uyduğu öz bakım davranışları; ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmaları ve doktorlarına düzenli olarak görünmeleridir (Arnitian, 2002). Çalışmalar göstermiştir ki; kendilerine önerilen farmakolojik ve non-farmakolojik önerilere hastaların ancak %20-60'ının uyduğu tespit edilmiştir. Hastaların çoğunun; ilaçlarının kullanım şeklini ve diyet programlarını tam anlamadıkları veya hatırlamakta güçlük çektikleri tespit edilmiştir (Dickstein, 2008).

İlaç uyumu; birçok çalışmaya konu olmaya devam etmektedir. Ancak çalışmalardaki farklılıklar karşılaştırmaları zorlaştırmaktadır. Literatürde ortak bir kavramın bulunmaması

bu durumu daha da zorlaştırmaktadır (Brown, 2007). Tedavi uyumsuzluğunun tedavi maliyetlerini ve hastaneye yatışları artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Brown, 2007; Riegel, 2012; Karaca, 2011). Bireyin tedaviye uyumu, tedavi rejiminin en önemli parçası olup; kalp yetersizliğine bağlı hastane yatışlarının, ilaç, diyet ve fiziksel egzersiz gibi tedavi planın öğelerinin tam anlamamak veya gereğince uymamak gibi sebeplerle arttığı tespit edilmiştir (Brown, 2007).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaç uyum düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi ve Özel Sani Konukoğlu hastanelerinin koroner yoğun bakım ve kardioloji kliniklerinde Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Özel Sani Konukoğlu Hastanelerinin koroner yoğun bakım ve kardioloji kliniklerine Kasım 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında tedavi için yatan kronik kalp yetersizliği bulunan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklem sayısı, evreni belli gruplarda örneklem belirleme formülü kullanılarak hesaplandı. Bu analize göre, (evren=500) güvenilirliği % 95 alınarak örneklem sayısı 100 olarak saptandı.

Araştırmaya kabul edilme kriterleri;

- ✓ Bilinci açık oryante, koopere olmak,
- ✓ Kronik kalp yetersizliği tanısı almış ve NYHA sınıf 2 ve üstü düzeyde semptomatik olmak,
- ✓ Sözel iletişim kurmada problemi olmamak,
- ✓ Gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul etmek şeklinde belirlendi.

Araştırmaya kabul edilmeme kriterleri;

- ✓ Kabul kriterlerini karşılamamak,
- ✓ Katıldıktan sonra ayrılmak istemek.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler literatür doğrultusunda hazırlanan, “Hasta tanıtım formu (EK-1)”, “MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi (EK-2)” ve “ İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (EK-3)” anket formları kullanılarak yüz-yüze görüşme tekniği ile toplandı.

3.4.1. Veri toplama araçları

Hasta Tanıtım Formu

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, meslek, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, boy-kilo, sigara-alkol kullanımı, ne kadar zamandır kalp hastası

olduğu, NYHA fonksiyonel sınıflaması, eşlik eden başka kronik hastalık varlığı, kontrollerine düzenli olarak gitme durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, ilacın yanı sıra başvurduğu başka yöntemlerin varlığı, son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısını kapsayan 21 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew kalp hastalığına özgü sağlıkla ilişkili kaliteli yaşam anketi, kalp hastalıklarına özgü olup, bir yaşam kalitesi anketidir. İlk olarak miyokard infarktüsülü hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Lim, 1993). Ülkemizde ise ilk olarak Daşkapan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir, Cronbach alpha değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır (Daşkapan, 2008). Bu anket, üç alt boyutta incelenmektedir;

1. Fiziksel değerlendirme - 14 madde (1-6-9-12-14-16-17-19-20-21-24-25-26-27).
2. Emosyonel değerlendirme - 14 madde (1-2-3-4-5-6-7-8-10-12-13-15-18-23).
3. Sosyal değerlendirme - 13 madde (2-11-12-13-15-17-20-21-22-23-24-25-26).

Ölçek alt boyutlarına ilişkin maddeler belirtildiği gibidir (Valenti, 1996). Ankette; skorlama kesin sınırlıdır, eksik yanıtlar değerlendirmeye alınmaz. Sorular 1 ile 7 arasında skorlandırılır. Her bir bölümdeki soruların en az yarısı cevaplanmazsa, skor hesaplanması yapılmamaktadır. Bir bölüm tamamen eksik değilse bütün skorlanmış maddelerin ortalaması alınarak anketin genel skoru hesaplanır (Höfer, 2004). MacNew anketi, klinik değişimleri ölçmede güvenilir ve duyarlı bir anket olup, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği olan hasta gruplarında kullanılmaktadır ve bu hasta gruplarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçümlemede kullanılan, hastalığa özel uluslararası tek ankettir (Ergene, 2012). (EK-2)

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKİSİÖ); hastaların ilaç kullanma konusunda sağlık inanç algılarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Ülkemizde Çiçek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Alt grupların Cronbach alfa değerlerinin ise; 0,80 ile 0,93 arasında olduğu hesaplanmıştır (Çiçek, 2012). Bu ölçek 35 maddeden oluşur ve 6 alt başlıkta incelenir. Bunlar;

1. **Duyarlılık Algısı:** Hastaların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanma ile ilgili algıladığı riskleri belirler; 1, 2, 3, 4, 5, 6'ncı maddeleri içerir.

2. **Önemseme/Ciddiyet Algısı:** Hastaların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmaya bağlı olarak, fiziksel sağlığı ile ilgili zararlı sonuçları içeren algıladığı riski belirler; 7, 8, 9, 10, 11, 12'nci maddeleri içerir.
3. **Sağlık Motivasyonu:** Hastaların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmaya bağlı olarak, fiziksel sağlığı ile ilgili zararlı sonuçları önleyici davranışlarla meşgul olmada farklı derecelerden istekliliği belirler; 13, 14, 15, 16, 17, 18'inci maddeleri içerir.
4. **Yarar Algısı:** Hastaların bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmada algıladığı yararları belirler; 19, 20, 21, 22'nci maddeleri içerir.
5. **Engel Algısı:** Hastaların bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmada algıladığı yararları belirler; 23, 24, 25, 26, 27, 28'inci maddeleri içerir.
6. **Öz-Etkililik:** Hastaların bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmada algıladığı öz-etkililiği belirler; 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35'inci maddeleri içerir.

Her madde 1 ile 5 arası puanlandırılmıştır;

- ✓ 1 puan Kesinlikle katılmıyorum
- ✓ 2 puan Katılmıyorum
- ✓ 3 puan Kararsızım
- ✓ 4 puan Katılıyorum
- ✓ 5 puan Kesinlikle katılıyorum şeklindedir.

Bu maddelerden 23, 24, 25, 26, 27 inci ve 28. maddeler negatif olarak değerlendirilir ve puanlama tersine dönüştürülür. En düşük puan 59, en yüksek puan 151 olarak hesaplanmıştır. Alınan puan ile bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inancının korelasyon gösterir (Çiçek, 2012). (EK-3)

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı değişkenleri

Hastaların yaşam kalitesi ve tedavi uyum puanlarıdır.

- Bağımsız değişkenleri

Hastaların bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro wilk testi ile değerlendirilmiş, normal dağılıma sahip özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi

kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Bonferroni ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi ve All pairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için $\bar{X} \pm SD$, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 25,0 paket programı kullanılmış ve $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışma sadece bir üniversite hastanesi ve bir özel hastanede yürütüldüğünden sonuçlar tüm KKY hastaları için genellenemez. Veriler hasta ifadelerine bağlı olduğunda verilerin doğruluğu hasta beyanlarına bağlıdır.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Gaziantep'teki SANKO Üniversitesi'nin Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 29 Eylül 2017 tarihinde 03 nolu karar ile etik kurul onayı alındı (EK-4). Araştırmanın yapılabilmesi için araştırma uygulamasında hastalara araştırma hakkında açıklamalarda bulunularak sözlü onam alındı.

4. BULGULAR

4.1. Genel Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4.1.1. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek	Sayı	Min	Mak	\bar{X}	Sd	Cronbach Alfa
MacNew* Emosyonel Alt Boyut Skoru	100	1,79	6,00	3,61	0,96	0,822
MacNew* Fiziksel Alt Boyut Skoru	100	1,07	6,79	3,19	1,17	0,881
MacNew* Sosyal Alt Boyut Skoru	100	1,00	6,85	3,40	1,29	0,904
MacNew* Total Skoru	100	1,48	6,37	3,45	1,04	0,921
İKİSİÖ Ölçeği Duyarlılık Algısı Skoru	100	6,00	30,00	20,94	6,29	0,926
İKİSİÖ Ölçeği Ciddiyet Algısı Skoru	100	6,00	30,00	19,08	6,42	0,917
İKİSİÖ Ölçeği Sağlık Motivasyon Skoru	100	12,00	30,00	22,77	4,80	0,801
İKİSİÖ Ölçeği Yarar Algısı Skoru	100	8,00	20,00	16,44	2,72	0,891
İKİSİÖ Ölçeği Engel Algısı Skoru	100	12,00	30,00	22,83	4,94	0,849
İKİSİÖ Ölçeği Öz-Etkililik Skoru	100	10,00	35,00	28,72	5,78	0,962
İKİSİÖ Ölçeği Total Skoru	100	80,00	175,00	130,78	21,25	0,934

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

İKİSİÖ: İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği

Tablo 4.1.1.'de bu araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyut skorlarının cronbach alpha değerleri görülmektedir. Cronbach alpha değerlerinin 0,801 ile 0,962 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 4.1.2. Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

	Kategorik Değişken	Sayı	%
Yaş (min-mak; $\bar{X}\pm Sd$)	42-95; 68,15 \pm 10,96		
Beden Kütle İndeksi (min-mak; $\bar{X}\pm Sd$)	15,57-51,42; 29,36 \pm 5,73		
Cinsiyet	Erkek	56	56,0
	Kadın	44	44,0
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	40	40,0
	Okuryazar+İlk+Orta	51	51,0
	Üniversite Ve Üstü	9	9,0
Medeni Durumu	Evli	90	90,0
	Bekâr	10	10,0
Sosyal Güvence	Evet	100	100,0
	Hayır	0	0,0
	Ev Hanımı	40	40,0
Mesleği	İşçi	0	0,0
	Emekli	44	44,0
	Memur	1	1,0
	Serbest	9	9,0
	Diğer	6	6,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	11,0
	Çalışmıyor	89	89,0
BKI Ye Göre Gurubu	Normal	24	24,2
	Şişman	30	30,3
	Obez	45	45,5
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum	8	8,0
	Bıraktım	37	37,0
	Hiç Kullanmadım	55	55,0
Alkol Kullanma Durumu	Kullanıyorum	4	4,0
	Bıraktım	14	14,0
	Hiç Kullanmadım	82	82,0
NYHA Sınıfı	Sınıf 2	36	36,0
	Sınıf 3	28	28,0
	Sınıf 4	36	36,0

Tablo 4.1.2.'de hastaların bazı sosyo demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin veriler görülmektedir. Hastaların yaşları 42-95 arasında değişmekte olup ortalama 68,15 \pm 10,96'dır. BKİ değerleri 15,57-51,42 arasında değişmekle beraber sadece bir hastanın BKİ değeri 18,5'in altında bulunmuştur. Hastaların %56'sı erkek, %40'ı okuryazar değil, %90'ı evlidir. Bütün hastaların sosyal güvencesi mevcuttur. Çoğu hasta emekli veya ev hanımıdır (toplam %84), %89'u çalışmamaktadır. Toplamda %54,5'i şişman veya obez olup %55'i daha önce hiç sigara ve %82'si alkol kullanmamıştır. Hastaların %36'sı NYHA sınıf 2 ve sınıf 4 seviyesinde iken %28'i sınıf üç düzeyindedir.

Tablo 4.1.3. Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı-Devam (N=100)

	Kategorik Değişken	Sayı	%
Eşlik Eden Kronik Bir Hastalık	Yok	10	10,0
	Var	90	90,0
DM	Yok	31	31,0
	Var	69	69,0
HT	Yok	35	35,0
	Var	65	65,0
ASTİM	Yok	88	88,0
	Var	12	12,0
KOAİ	Yok	87	87,0
	Var	13	13,0
KBY	Yok	92	92,0
	Var	8	8,0
Kontrollere Düzenli Gitme Durumu	Her Zaman	46	46,0
	Çoğu Zaman	28	28,0
	Bazen	17	17,0
	Hiç Bir Zaman	9	9,0
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu	Her Zaman	61	61,0
	Çoğu Zaman	22	22,0
	Bazen	13	13,0
	Hiç Bir Zaman	4	4,0
İlaç Dışında Başvurulan Yöntem	Yok	34	34,0
	Var	66	66,0
Tuz Kısıtlaması	Evet	50	50,0
	Hayır	50	50,0
Egzersiz	Evet	10	10,0
	Hayır	90	90,0
Düzenli Kilo Takibi	Evet	15	15,0
	Hayır	85	85,0
Sigarayı Bırakma	Evet	17	17,0
	Hayır	83	83,0
Alkolü Bırakma	Evet	3	3,0
	Hayır	97	97,0
Sıvı Kısıtlaması	Evet	20	20,0
	Hayır	80	80,0
Enfeksiyonlara Karşı Aşılama	Evet	10	10,0
	Hayır	90	90,0
Hastaneye Yatış Süresine Göre Gurubu (son bir içinde)	1-2 Kez	52	52,0
	3-4 Kez	31	31,0
	5 Ve Üstü	17	17,0

Tablo 4.1.3. incelendiğinde, hastaların %90'ında eşlik eden bir kronik hastalık olduğu görülmektedir. Hastaların %46'sı kontrollerine her zaman düzenli bir şekilde gittiğini, %61'i ilaçlarını her zaman düzenli kullandığını, %34'ü ilaçlara ek olarak başka bir yöntem kullandığını, yarısı bu yöntemin tuz kısıtlaması olduğunu ifade etmiştir. Hastaların yaklaşık yarısı (%52) son bir yıl içinde 1-2 kez hastaneye yattığını ifade etmiştir.

Tablo 4.1.4. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		İKİSİÖ Ciddiyet Skoru	İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skoru	İKİSİÖ Yarar Algısı Skoru	İKİSİÖ Engel Algısı Skoru	İKİSİÖ Öz-Etkililik Skoru	İKİSİÖ Total Skoru
MACNEW*	r	0-,056	0,051	0,139	0,099	0,145	0,107
Emosyonel Skoru	p	0,579	0,613	0,168	0,325	0,150	0,291
	n	100	100	100	100	100	100
MACNEW*	r	-0,140	-0,031	0,038	0,110	0,121	0,035
Fiziksel Skoru	p	0,165	0,758	0,709	0,275	0,231	0,726
	n	100	100	100	100	100	100
MACNEW*	r	-0,107	0,021	0,122	0,084	0,144	0,073
Sosyal Skoru	p	0,288	0,835	0,228	0,408	0,154	0,468
	n	100	100	100	100	100	100
MACNEW*	r	-0,127	0,000	0,094	0,096	0,138	0,059
Total Skoru	p	0,209	0,998	0,355	0,343	0,170	0,561
	n	100	100	100	100	100	100

r: Spearman korelasyon katsayısı, n: kişi sayısı

*** Korelasyon katsayısı 0,01 düzeyinde anlamlı

* *Korelasyon katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlı

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew ölçeği alt boyut skorları ile İKİSİÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.1.5. Sayısal Demografik Özellikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek Skorları		Yaş	BKİ	Kalp Hastalığı Süresi
MACNEW* Emosyonel Alt Boyut Skoru	r	-0,052	-0,152	-0,090
	p	0,609	0,130	0,373
	n	100	100	100
MACNEW* Fiziksel Alt Boyut Skoru	r	0,015	-0,236*	-0,145
	p	0,881	0,018	0,149
	n	100	100	100
MACNEW* Sosyal Alt Boyut Skoru	r	-0,050	-0,162	-0,128
	p	0,623	0,108	0,206
	n	100	100	100
MACNEW* Total Skoru	r	-0,013	-0,191	-0,134
	p	0,895	0,058	0,183
	n	100	100	100
İKİSİÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Skoru	r	0,111	0,055	0,196
	p	0,273	0,589	0,051
	n	100	100	100
İKİSİÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyut Skoru	r	0,139	0,086	0,146
	p	0,167	0,393	0,148
	n	100	100	100
İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skoru	r	-0,084	0,168	0,188
	p	0,406	0,095	0,060
	n	100	100	100
İKİSİÖ Yarar Algısı Alt Boyut Skoru	r	-0,126	0,025	0,124
	p	0,211	0,803	0,218
	n	100	100	100
İKİSİÖ Engel Algısı Alt Boyut Skoru	r	0,055	-0,112	-0,082
	p	0,588	0,267	0,415
	n	100	100	100
İKİSİÖ Öz-Etkililik Alt Boyut Skoru	r	-0,139	-0,010	-0,018
	p	0,168	0,922	0,861
	n	100	100	100
İKİSİÖ Ölçeği Total Skoru	r	0,015	0,055	0,137
	p	0,886	0,589	0,175
	n	100	100	100

r: Spearman Korelasyon katsayısı,

*** Korelasyon katsayısı 0,01 düzeyinde anlamlı.

** Korelasyon katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlı.

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Ölçek puanlarının hastaların beden kütle indeksine (BKİ) göre dağılımları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki saptandı ($r=-0,236$, $p=0,018$). Diğer sosyo demografik özelliklerle ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.1.6. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Erkek (n=56)	Kadın (n=44)	t-z	P
MACNEW* Emosyonel	3,85 ± 0,98	3,31 ± 0,86	t=2,856	0,005*
MACNEW* Fiziksel	3,51 ± 1,23	2,79 ± 0,95	t=3,199	0,002*
MACNEW* Sosyal	3,74 ± 1,32	2,97 ± 1,11	t=3,125	0,002*
MACNEW* Total	3,72 ± 1,09	3,09 ± 0,88	t=3,122	0,002*
İKİSİÖ Duyarlılık Algısı	21,32 ± 6,39	20,45 ± 6,2	z=-0,658	0,510
İKİSİÖ Ciddiyet Algısı	18,73 ± 7,06	19,52 ± 5,53	z=-0,184	0,854
İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu	23,88 ± 4,94	21,36 ± 4,28	z=-2,469	0,014*
İKİSİÖ Yarar Algısı	17,07 ± 2,78	15,64 ± 2,45	z=-2,812	0,005*
İKİSİÖ Engel Algısı	23,25 ± 4,86	22,3 ± 5,04	z=-0,736	0,462
İKİSİÖ Öz-Etkililik	29,98 ± 5,5	27,11 ± 5,8	z=-3,067	0,002*
İKİSİÖ Total	134,23 ± 21,77	126,39 ± 19,97	t=1,855	0,067

*p<0,05, t: Student t testi, z: Mann Whitney U testi

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

MACNEW Emosyonel skorlarının hastaların cinsiyetine göre dağılımları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,005). Puanların erkeklerde yüksek olduğu görülmüştür. Benzer farklılık fiziksel, sosyal ve total skor ortalamaları için de gözlenmiştir. Fiziksel, sosyal ve total skorların tümü erkeklerde anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,002).

İKİSİÖ ölçeğinin sağlık motivasyonu (p=0,014), yarar algısı (p=0,005) ve öz etkililik (p=0,002) alt boyut skorlarının tümü erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. İKİSİÖ ölçeğinin duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, engel algısı ve total skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.1.7. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Medeni Durumu	Sayı	\bar{X}	Sd	Test İstatistiği	P
MACNEW* Emosyonel Alt Boyut Skoru	Evli	90	3,64	0,98	t=0,150	0,369
	Bekâr	10	3,35	0,76		
MACNEW** Fiziksel Alt Boyut Skoru	Evli	90	3,25	1,20	t=1,501	0,137
	Bekâr	10	2,67	0,68		
MACNEW Sosyal Alt Boyut Skoru	Evli	90	3,46	1,32	t=1,467	0,146
	Bekâr	10	2,84	0,75		
MACNEW* Total Skoru	Evli	90	3,49	1,07	t=1,288	0,201
	Bekâr	10	3,04	0,71		
İKİSİÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Skoru	Evli	90	20,78	6,12	t=-0,824	0,410
	Bekâr	10	22,40	7,90		
İKİSİÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyut Skoru	Evli	90	19,24	6,31	z=-0,616	0,538
	Bekâr	10	17,60	7,55		
İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu	Evli	90	22,93	4,65	z=-0,965	0,335
	Bekâr	10	21,30	6,13		
İKİSİÖ Yarar Algısı	Evli	90	16,33	2,78	z=-1,056	0,291
	Bekâr	10	17,40	2,07		
İKİSİÖ Engel Algısı Alt Boyut Skoru	Evli	90	22,73	4,74	z=-0,779	0,436
	Bekâr	10	23,70	6,73		
İKİSİÖ Öz-Etkililik Alt Boyut Skoru	Evli	90	28,90	5,44	z=-0,154	0,878
	Bekâr	10	27,10	8,49		
İKİSİÖ Total Skoru	Evli	90	130,92	20,29	t=0,042	0,842
	Bekâr	10	129,50	29,94		

*p<0,05, t: Student t testi, z: Mann Whitney U testi

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Evli ile bekârların ölçek puan ortalamalarının benzer olduğu gözlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.1.8. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçek Skorları	Medeni Durumu	Sayı	\bar{X}	Sd	Test İstatistiği	p
MacNew* Emosyonel Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	4,11	0,91	t=1,843	0,068
	Çalışmıyor	89	3,55	0,96		
MacNew * Fiziksel Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	3,61	1,15	t=1,263	0,210
	Çalışmıyor	89	3,14	1,16		
MacNew * Sosyal Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	3,97	1,18	t=1,570	0,120
	Çalışmıyor	89	3,33	1,29		
MacNew * Total Skoru	Çalışıyor	11	3,92	1,01	t=1,601	0,113
	Çalışmıyor	89	3,39	1,04		
İKİSİÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	20,82	7,12	t=-0,088	0,930
	Çalışmıyor	89	20,96	6,23		
İKİSİÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	17,27	7,27	z=-0,734	0,463
	Çalışmıyor	89	19,30	6,31		
İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu Alt	Çalışıyor	11	25,27	3,85	z=-1,740	0,082
	Çalışmıyor	89	22,46	4,84		
İKİSİÖ Yarar Algısı Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	17,45	2,07	z=-1,366	0,172
	Çalışmıyor	89	16,31	2,78		
İKİSİÖ Engel Algısı Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	22,18	5,08	z=-0,498	0,618
	Çalışmıyor	89	22,91	4,94		
İKİSİÖ Öz-Etkililik Alt Boyut Skoru	Çalışıyor	11	30,45	2,77	z=-0,904	0,366
	Çalışmıyor	89	28,51	6,03		
İKİSİÖ Total Skoru	Çalışıyor	11	133,46	9,86	t=0,791	0,436
	Çalışmıyor	89	130,45	22,27		

*p<0,05, t: Student t testi, z: Mann Whitney U testi

*MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Ölçek puan ortalamalarının hastaların çalışma durumlarına göre dağılımlarının benzer olduğu gözlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.1.9. Ölçek Puanlarının Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Eğitim Durumu	Sayı	\bar{X}	Sd	Test İstatistiği	P
MACNEW* Emosyonel Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	3,28	0,85	F=9,962	0,016*
	Okuryazar+İlk+Orta	51	3,86	0,97		
	Üniversite Ve Üstü	9	3,65	1,05		
	Total	100	3,61	0,96		
MACNEW* Fiziksel Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	2,83	0,97	F=9,962	0,037*
	Okuryazar+İlk+Orta	51	3,43	1,16		
	Üniversite Ve Üstü	9	3,46	1,64		
	Total	100	3,19	1,17		
MACNEW* Sosyal Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	2,98	1,07	F=9,962	0,023*
	Okuryazar+İlk+Orta	51	3,72	1,30		
	Üniversite Ve Üstü	9	3,46	1,69		
	Total	100	3,40	1,29		
MACNEW* Total Skoru	Okuryazar Değil	40	3,11	0,87	F=9,962	0,029*
	Okuryazar+İlk+Orta	51	3,69	1,05		
	Üniversite Ve Üstü	9	3,54	1,41		
	Total	100	3,45	1,05		
İKİSİÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	20,08	5,75	Ki-Kare=2,437	0,296
	Okuryazar+İlk+Orta	51	21,33	6,40		
	Üniversite Ve Üstü	9	22,56	8,08		
	Total	100	20,94	6,29		
İKİSİÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	19,65	5,53	Ki-Kare=0,142	0,931
	Okuryazar+İlk+Orta	51	18,76	6,90		
	Üniversite Ve Üstü	9	18,33	7,73		
	Total	100	19,08	6,42		
İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	20,18	4,16	Ki-Kare=9,996	0,001*
	Okuryazar+İlk+Orta	51	24,18	4,62		
	Üniversite Ve Üstü	9	26,33	2,65		
	Total	100	22,77	4,80		
İKİSİÖ Yarar Algısı Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	15,50	2,87	Ki-Kare=8,376	0,015*
	Okuryazar+İlk+Orta	51	17,06	2,41		
	Üniversite Ve Üstü	9	17,11	2,80		
	Total	100	16,44	2,72		
İKİSİÖ Engel Algısı Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	22,90	4,69	Ki-Kare=0,721	0,697
	Okuryazar+İlk+Orta	51	22,53	5,16		
	Üniversite Ve Üstü	9	24,22	5,07		
	Total	100	22,83	4,94		
İKİSİÖ Öz-Etkililik Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	40	27,00	5,72	Ki-Kare=8,555	0,014*
	Okuryazar+İlk+Orta	51	29,61	5,89		
	Üniversite Ve Üstü	9	31,33	3,39		
	Total	100	28,72	5,78		
İKİSİÖ Total Skoru	Okuryazar Değil	40	125,30	19,84	F=9,962	0,076
	Okuryazar+İlk+Orta	51	133,47	21,72		
	Üniversite Ve Üstü	9	139,89	20,84		
	Total	100	130,78	21,25		

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

*p<0,05, F: Anova Testi, Ki-Kare: Kruskal Wallis testi

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi

Tablo 4.1.10. Eğitim Gruplarında MacNew Ölçekleri İçin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları (LSD testi)

Ölçek	Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	P
MacNew * Emosyonel Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	Okuryazar+İlk+Orta	0,013
		Üniversite Ve Üstü	0,867
	Okuryazar+İlk+Orta	Okuryazar Değil	0,013
		Üniversite Ve Üstü	1,000
	Üniversite Ve Üstü	Okuryazar Değil	0,867
		Okuryazar+İlk+Orta	1,000
MacNew * Fiziksel Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	Okuryazar+İlk+Orta	0,041
		Üniversite Ve Üstü	0,407
	Okuryazar+İlk+Orta	Okuryazar Değil	0,041
		Üniversite Ve Üstü	1,000
	Üniversite Ve Üstü	Okuryazar Değil	0,407
		Okuryazar+İlk+Orta	1,000
MacNew * Sosyal Alt Boyut Skoru	Okuryazar Değil	Okuryazar+İlk+Orta	0,019
		Üniversite Ve Üstü	0,906
	Okuryazar+İlk+Orta	Okuryazar Değil	0,019
		Üniversite Ve Üstü	1,000
	Üniversite Ve Üstü	Okuryazar Değil	0,906
		Okuryazar+İlk+Orta	1,000
MacNew * Total Skoru	Okuryazar Değil	Okuryazar+İlk+Orta	0,025
		Üniversite Ve Üstü	0,778
	Okuryazar+İlk+Orta	Okuryazar Değil	0,025
		Üniversite Ve Üstü	1,000
	Üniversite Ve Üstü	Okuryazar Değil	0,778
		Okuryazar+İlk+Orta	1,000

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew ölçek emosyonel (F=9,962, p=0,016), fiziksel (F=9,962, p=0,037), sosyal (F=9,962, p=0,023) alt boyutlar ve total (F=9,962, p=0,029) skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Yapılan post hoc analizler (LSD) sonucunda MacNew Emosyonel boyut skorlarının dağılımları arasındaki farkın kaynağının okuryazar+ilk+orta grubu olduğu, bu grubun skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p=0,013).

MacNew fiziksel alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları arasındaki farkın kaynağının okuryazar olmayan grup olduğu bu grubun skorlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (p=0,041).

MacNew sosyal alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları arasındaki farkın kaynağının okuryazar olmayan grup olduğu bu grubun skorlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (p=0,019).

MacNew Total skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları arasındaki farkın kaynağının okuryazar olmayan grup olduğu bu grubun skorlarının diğer gruplara göre

anlamli derecede dűşűk olduęu saptandı ($p=0,025$).

İKİSİÖ ölçeği total skorları ile eğitim durumu arasında anlamli ilişki saptanmamıştır ($p<0,05$).

İKİSİÖ ölçeği sağlık motivasyonu (Ki-kare=9,996, $p=0,001$), yarar algısı (Ki-kare=8,376, $p=0,015$) ve öz etkililik alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına gűre dağılımlarının istatistiksel olarak anlamli dűzeyde farklı oldukları gűzlenmiřtir.

Aralarında anlamli fark bulunan İKİSİÖ ölçeği alt boyut skorları ile ilgili olarak All pairwise çoklu karşılaştırma analizleri yapılmıştır.



Tablo 4.1.11. Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skorları All Pairwise Çoklu Karşılaştırmaları

Eğitim durumu	Test istatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P
Okuryazar Değil-Okuryazar+İlk+Orta	-23,551	6,092	-3,87	0,000*
Okuryazar Değil-Üniversite Ve Üstü	-35,849	10,641	-3,37	0,001*
Okuryazar+İlk+Orta-Üniversite Ve Üstü	-12,297	10,428	-1,18	0,238

*p<0,01 Düzeyinde anlamlı.

Okuryazar olmayan gurubun sağlık motivasyonu alt boyut skorlarının okuryazar+ilk+orta (p=0,000) ve üniversite ve üzeri (p=0,001) gurubunun skorlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.1.12. Yarar Algısı Alt Boyut Skorları All Pairwise Çoklu Karşılaştırmaları

Eğitim durumu	Test istatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P
Okuryazar Değil- Üniversite Ve Üstü	-15,950	10,360	-1,54	0,124
Okuryazar Değil- Okuryazar+İlk+Orta	-16,695	5,931	-2,82	0,005
Üniversite Ve Üstü- Okuryazar+İlk+Orta	0,745	10,153	0,73	0,941

*p<0,01 Düzeyinde anlamlı.

Okuryazar olmayan gurubun yarar algısı alt boyut skorlarının okuryazar+ilk+orta (p=0,005) gurubunun skorundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.1.13. Öz Etkililik Alt Boyut Skorları All Pairwise Çoklu Karşılaştırmaları

Eğitim durumu	Test istatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	P
Okuryazar Değil- Okuryazar+İlk+Orta	-15,216	5,938	-2,57	0,010
Okuryazar Değil- Üniversite Ve Üstü	-22,386	10,373	-2,16	0,031
Okuryazar+İlk+Orta- Üniversite Ve Üstü	-7,170	10,166	-0,71	0,481

*p<0,01 Düzeyinde anlamlı.

Okuryazar olmayan gurubun öz etkililik alt boyut skorlarının okuryazar+ilk+orta (p=0,010) ve üniversite ve üzeri (p=0,031) gurubunun Skorlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.1.14. Ölçek Skorlarının Hastaların BKİ Guruplarına Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçek		Sayı	\bar{X}	Sd	Test İstatistiği	P
MacNew* Emosyonel Alt Boyut Skoru	Normal	24	3,79	0,84	F=2,835	0,064
	Şişman	30	3,87	0,97		
	Obez	45	3,39	0,96		
	Total	99	3,63	0,95		
MacNew * Fiziksel Alt Boyut Skoru	Normal	24	3,66	1,06	F=5,091	0,008*
	Şişman	30	3,42	1,24		
	Obez	45	2,83	1,04		
	Total	99	3,21	1,16		
MacNew * Sosyal Alt Boyut Skoru	Normal	24	3,63	1,14	F=3,103	0,052
	Şişman	30	3,77	1,41		
	Obez	45	3,08	1,20		
	Total	99	3,42	1,28		
MacNew * Total Skoru	Normal	24	3,75	0,92	F=3,716	0,028*
	Şişman	30	3,69	1,10		
	Obez	45	3,16	0,99		
	Total	99	3,47	1,03		
İKİSİÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Skoru	Normal	24	20,54	6,51	Ki-Kare=0,228	0,892
	Şişman	30	21,47	5,51		
	Obez	45	20,93	6,77		
	Total	99	21,00	6,30		
İKİSİÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyut Skoru	Normal	24	18,25	6,39	Ki-Kare=1,582	0,453
	Şişman	30	18,60	6,39		
	Obez	45	19,84	6,58		
	Total	99	19,08	6,45		
İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skoru	Normal	24	21,00	4,64	Ki-Kare=5,970	0,051
	Şişman	30	22,60	5,14		
	Obez	45	23,84	4,51		
	Total	99	22,78	4,83		
İKİSİÖ Yarar Algısı Alt Boyut Skoru	Normal	24	16,17	3,27	Ki-Kare=0,156	0,925
	Şişman	30	16,43	2,76		
	Obez	45	16,69	2,35		
	Total	99	16,48	2,70		
İKİSİÖ Engel Algısı Alt Boyut Skoru	Normal	24	23,83	5,54	Ki-Kare=1,736	0,420
	Şişman	30	23,33	5,38		
	Obez	45	22,31	4,37		
	Total	99	22,81	4,96		
İKİSİÖ Öz-Etkililik Alt Boyut Skoru	Normal	24	29,71	6,03	Ki-Kare=1,444	0,486
	Şişman	30	27,83	7,07		
	Obez	45	29,09	4,22		
	Total	99	28,86	5,64		
İKİSİÖ Total Skoru	Normal	24	128,75	22,40	F=0,294	0,746
	Şişman	30	130,27	23,40		
	Obez	45	132,71	19,36		
	Total	99	131,01	21,24		

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

*p<0,05, F: Anova Testi, Ki-Kare: Kruskal Wallis testi

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ($F=5,091$, $p=0,008$) ve total ($F=3,716$, $p=0,028$) skorlarının hastaların beden kütle indeksi guruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. MacNew Yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel ve sosyal alt boyut skorlarının hastaların BKİ gurubuna göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).



Tablo 4.1.15. BKİ Gruplarında MacNew* Ölçekleri İçin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları (LSD testi)

Skorlar	BKİ Ye Göre Gurubu	BKİ Ye Göre Gurubu	p
MacNew * Fiziksel Alt Boyut Skoru	Normal	Şişman	0,429
		Obez	0,004
	Şişman	Normal	0,429
		Obez	0,028
	Obez	Normal	0,004
		Şişman	0,028
MacNew * Total Skoru	Normal	Şişman	0,852
		Obez	0,025
	Şişman	Normal	0,852
		Obez	0,028
	Obez	Normal	0,025
		Şişman	0,028

*p<0,05 Düzeyinde anlamlı

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

Beden kütle indeksine göre MacNew yaşam kalitesi ölçeği fiziksel alt boyut skorlarının dağılımları arasındaki farkın kaynağının da benzer şekilde obez gurubu olduğu, bu gurubun skorunun diğer iki guruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (p=0,028).

İKİSİÖ ölçeğinin alt boyut skorlarının hastaların BKİ gurubuna göre dağılımları arasında ise anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.1.16. Ölçek Skorlarının Hastaların NYHA Sınıfına Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Sayı	\bar{X}	Sd	Test İstatistiği	P	
MACNEW* Emosyonel Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	4,26	0,83	F=29,167	0,001*
	Sınıf III	28	3,71	0,60		
	Sınıf IV	36	2,88	0,82		
	Total	100	3,61	0,96		
MACNEW* Fiziksel Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	4,07	1,10	F=38,950	0,001*
	Sınıf III	28	3,28	0,67		
	Sınıf IV	36	2,25	0,77		
	Total	100	3,19	1,17		
MACNEW* Sosyal Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	4,23	1,27	F=23,506	0,001*
	Sınıf III	28	3,48	0,71		
	Sınıf IV	36	2,51	1,08		
	Total	100	3,40	1,29		
MACNEW* Total Skoru	Sınıf II	36	4,20	0,97	F=34,171	0,001*
	Sınıf III	28	3,53	0,58		
	Sınıf IV	36	2,63	0,78		
	Total	100	3,45	1,05		
İKİSİÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	21,94	5,97	Ki-Kare=3,160	0,206
	Sınıf III	28	21,00	6,53		
	Sınıf IV	36	19,89	6,43		
	Total	100	20,94	6,30		
İKİSİÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	18,89	5,90	Ki-Kare=0,562	0,755
	Sınıf III	28	18,61	6,11		
	Sınıf IV	36	19,64	7,24		
	Total	100	19,08	6,42		
İKİSİÖ Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	23,72	4,25	Ki-Kare=1,720	0,423
	Sınıf III	28	22,04	5,43		
	Sınıf IV	36	22,39	4,79		
	Total	100	22,77	4,80		
İKİSİÖ Yarar Algısı Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	16,67	2,63	Ki-Kare=2,018	0,365
	Sınıf III	28	15,75	3,11		
	Sınıf IV	36	16,75	2,47		
	Total	100	16,44	2,72		
İKİSİÖ Engel Algısı Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	23,36	4,61	Ki-Kare=0,903	0,637
	Sınıf III	28	22,40	5,36		
	Sınıf IV	36	22,64	5,01		
	Total	100	22,83	4,94		
İKİSİÖ Öz-Etkililik Alt Boyut Skoru	Sınıf II	36	30,11	4,08	Ki-Kare=1,430	0,489
	Sınıf III	28	28,40	5,98		
	Sınıf IV	36	27,59	6,85		
	Total	100	28,72	5,78		
İKİSİÖ Total Skoru	Sınıf II	36	134,69	14,39	F=0,962	0,386
	Sınıf III	28	128,18	24,62		
	Sınıf IV	36	128,89	24,05		
	Total	100	130,78	21,25		

*p<0,05, F: Anova Testi, Ki-Kare: Kruskal Wallis testi

*MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

MacNew Yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel (F=29,167, p=0,001) ve fiziksel (F=38,950, p=0,001), sosyal (F=23,506, p=0,001) ve total (F=34,171, p=0,001) skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tablo 4.1.17. MacNew Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları (Bonferroni testi)

Skorlar	NHYA Sınıfı	NHYA Sınıfı	P
MacNew* Emosyonel Alt Boyut Skoru	Sınıf II	Sınıf III	0,016
		Sınıf IV	0,000
	Sınıf III	Sınıf II	0,016
		Sınıf IV	0,000
MacNew * Fiziksel Alt Boyut Skoru	Sınıf IV	Sınıf II	0,000
		Sınıf III	0,000
	Sınıf II	Sınıf III	0,002
		Sınıf IV	0,000
MacNew * Sosyal Alt Boyut Skoru	Sınıf III	Sınıf II	0,002
		Sınıf IV	0,000
	Sınıf IV	Sınıf II	0,000
		Sınıf III	0,000
MacNew * Total Skoru	Sınıf II	Sınıf III	0,019
		Sınıf IV	0,000
	Sınıf III	Sınıf II	0,019
		Sınıf IV	0,001
MacNew * Fiziksel Alt Boyut Skoru	Sınıf IV	Sınıf II	0,000
		Sınıf III	0,001
	Sınıf II	Sınıf III	0,004
		Sınıf IV	0,000
MacNew * Sosyal Alt Boyut Skoru	Sınıf III	Sınıf II	0,004
		Sınıf IV	0,000
	Sınıf IV	Sınıf II	0,000
		Sınıf III	0,000

*p<0,05 Düzeyinde anlamlı

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

Farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan post hoc analizler sonucunda (Bonferroni) skorların tümünün tüm guruplarda birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu saptandı (p<0,05). Hastaların NYHA sınıfı arttıkça MacNew yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptandı.

İKİSİÖ ölçeğinin alt boyut skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında ise anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.1.18. Ölçek Skorlarının Hastaların Hastaneye Yatış Sayısına Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Sayı	\bar{X}	Sd	Test İstatistiği	p	
MacNew * Emosyonel Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	3,80	0,99	F=3,168	0,046*
	3-4 Kez	31	3,56	0,92		
	5 Ve Üstü	17	3,14	0,82		
	Total	100	3,61	0,96		
MacNew * Fiziksel Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	3,43	1,27	F=2,963	0,056
	3-4 Kez	31	3,06	1,08		
	5 Ve Üstü	17	2,69	0,84		
	Total	100	3,19	1,17		
MacNew * Sosyal Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	3,62	1,41	F=1,852	0,162
	3-4 Kez	31	3,28	1,14		
	5 Ve Üstü	17	2,97	1,05		
	Total	100	3,40	1,29		
MacNew * Total Skoru	1-2 Kez	52	3,66	1,13	F=2,941	0,058
	3-4 Kez	31	3,34	0,95		
	5 Ve Üstü	17	2,10	0,78		
	Total	100	3,45	1,05		
İKİSİÖ Ölçeği Duyarlılık Algısı Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	21,33	6,71	Ki-Kare=0,771	0,680
	3-4 Kez	31	20,23	6,08		
	5 Ve Üstü	17	21,06	5,55		
	Total	100	20,94	6,29		
İKİSİÖ Ölçeği Ciddiyet Algısı Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	19,71	6,38	Ki-Kare=4,755	0,093
	3-4 Kez	31	16,94	6,45		
	5 Ve Üstü	17	21,06	5,72		
	Total	100	19,08	6,42		
İKİSİÖ Ölçeği Sağlık Motivasyonu Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	23,63	4,73	Ki-Kare=4,027	0,134
	3-4 Kez	31	21,55	4,90		
	5 Ve Üstü	17	22,35	4,57		
	Total	100	22,77	4,80		
İKİSİÖ Ölçeği Yarar Algısı Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	16,67	2,83	Ki-Kare=1,331	0,514
	3-4 Kez	31	16,10	2,80		
	5 Ve Üstü	17	16,35	2,29		
	Total	100	16,44	2,72		
İKİSİÖ Ölçeği Engel Algısı Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	23,19	5,28	Ki-Kare=1,578	0,454
	3-4 Kez	31	22,32	3,89		
	5 Ve Üstü	17	22,65	5,72		
	Total	100	22,83	4,94		
İKİSİÖ Ölçeği Öz-Etkililik Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	52	29,00	5,78	F=0,532	0,766
	3-4 Kez	31	28,55	5,74		
	5 Ve Üstü	17	28,18	6,16		
	Total	100	28,72	5,78		
İKİSİÖ Ölçeği Total Skoru	1-2 Kez	52	133,54	21,99	F=1,355	0,263
	3-4 Kez	31	125,68	20,74		
	5 Ve Üstü	17	131,65	19,27		
	Total	100	130,78	21,25		

*p<0,05, F: Anova Testi, Ki-Kare: Kruskal Wallis testi

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi
İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Hastanede yatış sayısına göre MacNew Emosyonel alt boyut skorunun dağılımları arasında

anlamli fark bulundu ($p=0,046$).

İKİSİÖ ölçeğinin alt boyut skorlarının hastaların hastaneye yatış sayısına göre dağılımları arasında ise anlamli fark saptanmadı ($p>0,05$).



Tablo 4.1.19. Hastaneye Yatış Süresi MacNew* Emosyonel Alt Boyut Skorlarının Çoklu Karşılaştırma Sonuçları (Bonferroni testi)

Skorlar	Hastaneye Yatış Süresine Göre Gurubu	Hastaneye Yatış Süresine Göre Gurubu	p
MacNew* Emosyonel Alt Boyut Skoru	1-2 Kez	3-4 Kez	0,836
		5 Ve Üstü	0,043
	3-4 Kez	1-2 Kez	0,836
	5 Ve Üstü	5 Ve Üstü	0,420
		1-2 Kez	0,043
		3-4 Kez	0,420

* $p < 0,05$ Düzeyinde anlamlı.

* MacNew Kalp Hastalığına Özgü Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Anketi

Hastanede yatış sayısına göre MacNew Emosyonel alt boyut skorunun dağılımları arasındaki farkın kaynağının son bir yıl içinde beş ve üzeri kez hastaneye yatan guruptan kaynaklandığı, bu gurubun emosyonel alt boyut skorunun anlamlı derecede daha düşük olduğu bulundu ($p=0,043$).



5. TARTIŞMA

Hasta bireylere önerilen farmakolojik ve non-farmakolojik önerilerin, hastaların semptomlarını azaltıp, yaşam kalitelerini artırması beklenir. Çalışmamızda kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdiğimiz MacNew ölçeği alt boyut skorları ile İKİSİÖ ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır. Hayward ve arkadaşlarının Avustralya’da 100 karaciğer sirozu hastası ile yaptığı çalışmada; ilaç uyumu düşük olan hastaların, daha fazla semptomatik olduğu ve yaşam kalitelerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir (Hayward, 2017). Farha ve arkadaşlarının Ürdün’de 200 hipertansiyon hastası ile yaptığı çalışmada, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilere uyumu zayıf olan hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir (Farha, 2017). Sonuçlarımız literatür ile farklılık göstermektedir. Çalışmamıza aldığımız hastaların hepsi mevcut durumda hastanede yatarak tedavi alıyor olmaları, zaten fiziksel ve ruhsal olarak kısıtlılık durumu yaratmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi değerlendirmeleri o an ki durumu yansıtmış olabilir. Buna benzer çalışmaların, sadece hastanede yatarak tedavi alan hastalarda değil; evlerinde, iş yerlerinde ve buna benzer sosyal ortamlarda tekrarlanması farklı sonuçlar doğurabilir.

Birçok hastalıkta cinsiyet; hastalığın seyri, semptomların sıklığı, beklenen yaşam ömrü ve ilaç etkinliğinde belirleyici faktörler arasında sayılmaktadır. Çalışmamızda MacNew emosyonel alt boyut puan ortalamalarının hastaların cinsiyetine göre dağılımları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Puanların erkeklerde yüksek olduğu görülmüştür. Benzer farklılık fiziksel, sosyal ve total skor ortalamaları için de gözlenmiştir. Fiziksel, sosyal ve total skorların tümü erkeklerde anlamlı derecede daha yüksektir. Ülkemizde Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde erkeklerin yaşam kalite puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Küçükberber, 2011). Çalışmamıza katılan kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olması, bu durumun onların fiziksel aktivitelerini kısıtlamasına bağlı olduğunu düşünülebilir.

Çalışmamızda; İKİSİÖ ölçeği skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak; İKİSİÖ ölçeğinin sağlık motivasyonu, yarar algısı ve öz etkililik alt boyut skorlarının tümü erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek iken; duyarlılık algısı, ciddiyet algısı ve engel algısı skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Abegaz ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde antihpertansif tedavi alan erkeklerin ilaç uyumunun kadınlara

nazaran daha düşük olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Abegaz, 2017). Bununla birlikte Dias ve arkadaşlarının Portekizde 254 iskemik kalp hastası ile yaptığı çalışmada; kadınların tedaviye olan inancı ve uyumunun erkeklerden daha iyi olduğu bulunmuştur (Dias, 2014). Çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmaması; ilaç kullanımı ile semptomlar arasında ki fayda-zarar algısının her iki cinsiyet tarafından eşit algılandığını, ancak daha geniş çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hem yaşam kalite puanları hem de İKİSİÖ ölçeği puanları ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Küçükberber ve arkadaşlarının, kalp yetersizliği dâhil olmak üzere çeşitli kalp hastalığı olan 325 hasta ile yaptığı çalışmada; evli olan hastaların yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Küçükberber, 2011). Wu ve arkadaşlarının 136 kalp yetersizliği hastası ile yaptığı çalışmada; evli olmayan hastaların, evli olanlara göre iki kat daha fazla ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur (Wu, 2012). Çalışmamızda medeni durumlar arasında fark bulunamamıştır. Daha fazla sayıda vaka ile benzer çalışmaların yapılmasının, farklı sonuçlar ortaya koyabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam kalitesi puanları ile hastaların aktif iş hayatında bulunup bulunmaması karşılaştırıldığında, çalışanlar ile çalışmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Küçükberber, 2011). Gonzalez-Chica ve arkadaşlarının Avustralya’da kardiyovasküler hastalığı ve kardiyovasküler hastalık risk faktörü (hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon, obezite) olan 2379 hasta ile yaptığı çalışmada; her hangi bir işte çalışmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Gonzalez-Chica, 2017). Çalışmamızda; diğer çalışmalardan farklı bir sonuç çıkmış olmasını; çalışan hastaların iş koşulları, ekonomik getirisi ve yaşamdan beklentilerindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ancak bununla ilgili ek kanıtlara sahip değiliz.

İlaç uyumu puanlarının ile hastaların aktif iş hayatında bulunup bulunmamasına göre dağılımları karşılaştırıldığında, çalışanlar ile çalışmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Köseoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında; ilaç uyumu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (Köseoğlu, 2016). Çalışmamız da mevcut bulguyu destekler niteliktedir.

Eğitim durumu ile yaşam kaliteleri puanları karşılaştırıldığında; okuma-yazma bilmeyen

hastaların, diğer eğitim düzeylerine (okur-yazar/ilk-orta öğrenim ve üniversite ve üzeri) göre yaşam kalite puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir. Gonzalez-Chica ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde düşük eğitim düzeyine sahip hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Gonzalez-Chica, 2017). Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmasında da buna paralel olabilecek şekilde; eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Küçükberber, 2016). Yazdani ve arkadaşlarının İran'da 109 hasta (75'i perkutan koroner girişim geçiren, 34'ü koroner Bypass operasyonu geçiren) ile yaptığı çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (Yazdani, 2016). Eğitim seviyesinin artışı ile hastalığın daha çabuk algılanması, önlemlerin ve önerilerin daha iyi kavranması ile ilişkili olarak yaşam kalitesinin arttığını düşünmekteyiz.

Eğitim durumu ile İKİSİÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında; okuma-yazma bilmeyen hastaların, diğer eğitim düzeylerine (okur-yazar/ilk-orta öğrenim ve üniversite ve üzeri) göre İKİSİÖ ölçek puanlarının anlamlı ilişki bulunamamıştır. Köseoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da; hastaların eğitim düzeyi ile ilaç uyumları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Köseoğlu, 2016). Eğitim düzeyi düşük olan insanların doğru ilacı doğru zamanda kullanabilme yetisinin kimi zaman etrafındaki başka insanlara bağımlı olması nedeniyle eğitim düzeyinin ilaç uyumunu etkilediğini düşünülebilir. Ancak eğitim durumu daha yüksek olan hastalarla aralarında fark bulunamamış olması bu görüşü doğrulamamaktadır. Öte yandan çalışmamızda okur-yazar olmayan hastaların, sağlık motivasyonu, öz-etkililik ve yarar algısı puanlarının diğer eğitim düzeylerine nazaran daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık yukarıda bahsettiğimiz; başka bireylere bağımlı olma veya sağlık çalışanlarının bu kesime uygun hitap edememesinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Yaşam kalitesi ile BKİ arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların BKİ'leri ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Ancak yaşam kalitesinin alt boyutlarına baktığımızda, obez olan hastaların fiziksel alt boyut puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Charalampakis ve arkadaşlarının İngiltere'de yaptığı çalışmada; hastalarının BKİ düzeyleri azaldıkça yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir (Charalampakis, 2018). BKİ artışının birçok hastalık için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Birçok hastalığın tedavisinde BKİ'yi düşürmeye yönelik non-farmakolojik öneriler yer alır. Çalışmamızda total puanlarda fark olmamasına rağmen, fiziksel alt boyut

puanlarında obez hastaların düşük skora sahip olması bu görüşleri desteklemektedir.

Çalışmamızda hastaların BKİ'i ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Nagrebetsky ve arkadaşlarının Tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı bir çalışmada ise; ilaç uyumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Nagrebetsky, 2012). Jeong ve arkadaşlarının Güney Kore de, antihipertansif tedavi alan hastalarla yaptığı çalışmada, normal BKİ (normal:<23 kg/m²) ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Jeong, 2017). Bireyin BKİ üzerinde; yaşam tarzı, diyet alışkanlığı ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirleyici olduğunu düşünmekteyiz. BKİ yüksek olan bireyler bu alışkanlıklarında düzensizlik ve kontrolsüzlük olduğunu, bunun da ilaç uyumlarına yansıdığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda çıkan sonuçlar bu düşüncemizi desteklememiş olsa bile literatürde bu ilişkiyi açıklayan kanıtlar mevcuttur.

Hastaların NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır. Afrand ve arkadaşlarının İran'da 190 koroner bypass hastası ile yaptığı çalışmada; hastaların NYHA sınıfı ile yaşam kaliteleri arasında fark bulunamamıştır (Afrand, 2014). Ahmeti ve arkadaşlarının Kosova'da 118 kronik kalp yetersizliği hastası (62±10 yaş, 57 kadın, NYHA I-III) ile yaptığı çalışmada; katılımcılar EF'si korunmuş ve EF'si düşmüş hastalar olarak iki grupta incelenmiştir. EF'si düşük hasta grubunun yaş ortalaması ve NYHA sınıfı ortalamaları daha yüksek olmasına karşın, iki grubun yaşam kalitesi puanları arasında fark bulunamamıştır (Ahmeti, 2017). Hastalık ilerledikçe semptomatik geçen sürenin artmasının yanında artan fiziksel ve ruhsal kısıtlılığın yaşam kalitesinin düşürdüğünü düşünmekteyiz. Literatürde aksini gösteren kanıtlar olmakla birlikte çalışmamızda çıkan sonuçlar bu düşüncemizi desteklemektedir.

Çalışmamızda; İKİSİÖ ölçeğinin skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında ise anlamlı fark saptanmadı. Störk ve arkadaşlarının Almanyada 123,925 hastanın dosyalarını geriye dönük olarak değerlendirdiklerinde; hastaların NYHA sınıfları arttıkça tedavi uyumlarının azaldığı tespit edilmiştir (Störk, 2017). Hastalığın ilerlemesi yalnızca çevresel, genetik veya metabolik nedenler ile değil hastaların tedaviye uyumları ile doğrudan ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda çıkan sonuçların bu düşüncemizi desteklememiş olmasının nedeni hastaların uzun süre takip edilmemiş olmasından kaynaklandığını düşündürebilir.

Çalışmamızda, son bir yılda hastaneye yatış sayıları ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında, son bir yılda beş veya daha fazla sayıda hastaneye yatan hastaların, yaşam kalitelerinin duygusal alt boyutunun anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür.

Birçok hastalığın seyrinde, semptomların kötüleşmesi, hastanın oral alımı ve genel durumunun bozulması hastanede yatarak tedavi almayı gerektirir. Hastaların tedavi, diyet ve ek davranış değişikliği önerilerine uyumunun bozulması neticesi, sık sık kötüleşme ve hastaneye yatış beklense de çalışmamızda ilaç uyumu ile hastaneye yatış sayıları arasında fark bulunamamıştır. Literatürde hastaneye yatış ile yaşam kalitesi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışma tarafımızca tespit edilmemiştir. Ancak sık hastaneye yatışın yaşam kalitesini ve ilaç uyumunu etkilemekten ziyade, yaşam kalitesindeki düşüşün ve ilaç uyumunun bozulmasının bir neticesi olduğunu düşünmekteyiz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

- ✓ Bu çalışmada yaşam kalitesi ile uyum ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.
- ✓ Yaşam kalitesi ölçek skorlarının tümü ve uyum ölçeğinin çoğu skoru erkeklerde daha yüksek iken uyum skorları cinsiyete, BKİ, medeni duruma ve çalışma durumuna göre benzer dağılım gösterdi.
- ✓ Hastaların eğitim durumları yükseldikçe skorlar anlamlı derecede yükselmektedir.
- ✓ NYHA sınıfı arttıkça skorlar beklendiği üzere düşmektedir.

Öneriler

- ✓ Yaşam kalitesi ile uyum arasında anlamlı ilişkilerin beklenmesi nedeniyle daha geniş örneklemede çalışılması,
- ✓ Kalp yetersizliği olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve uyum düzeylerini yükseltmek üzere girişimlerin planlanması,
- ✓ Eğitim düzeyi düşük olan kalp yetersizlikli bireylere yönelik basitleştirilmiş eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ NYHA sınıflamasının hastaların fonksiyonel düzeyini belirlemek ve ifade etmek için kullanılmasına devam edilmesi,
- ✓ Hastalığın seyrini etkileyen veya hastalığın seyrinden etkilenen etkenlerin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin çalışılmaya devam edilmesi,
- ✓ İleri düzey kalp yetersizliği olan hastaların, tedavi uyumlarının başka bireylere bağımlı olduğu gerçeğiyle, evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- ✓ Çalışmamızda ilaç uyumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamış olsa da, daha kaliteli bir yaşam, daha az semptom ve hastalığın ilerleyişinin duraklatılması amacıyla tedavi uyumu vurgulanmalıdır.
- ✓ Eğitim düzeyi düşük olan hastalara, mümkün olduğu kadar basit ifadelerle tedavi ve hastalığın seyri anlatılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., Elnour, A. A. (2017).** Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96(4): 5641.
- Afrand, M., Froozan-Nia, S. K., Dehghani, H., Jalalian, M., Sarebanhassanabadi, M. (2014).** Effect of off-pump coronary artery bypass surgery on patients' quality of life. *Cardiology Research*, 5(1): 30-37.
- Ahmeti, A., Henein, M.Y., Ibrahim, P., Elezi, S., Haliti, E., Poniku, A. et al. (2017).** Quality of life questionnaire predicts poor exercise capacity only in HFpEF and not in HFrEF. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1): 268.
- Akdemir, N. (2003).** Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. Akdemir N, Birol L Editörler, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, 1. Baskı, İstanbul; Vehbi Koç Vakfı SANERC, 3-24.
- Alkanat, M., Baytan, Ş. (2008).** Methods used in the measurement of cardiac output. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 30 (2-3-4): 89-100.
- Arnitian, N.T, Magnan, M., Sloan, M., Lange, M.P. (2002).** Self-care behaviors among patients with heart failure, *Heart & Lung*, 31 (3): 161-172.
- Auer, J. (2002).** Dialysis a family matter: a personal tribute to the relatives of kidney patients. *EDTNA-ERCA Journal*, 28(3): 141-144.
- Ayçiçek, İ., Büyüköztürk, K., Canberk, A. (2003).** Kalp Yetersizliği. İstanbul: Uniform Matbaacılık, 8-61.
- Aydemir, Ö. (2006).** Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta birikim*, 1(2): 9-13.
- Bengtson, A., Drevenhorn, E. (2003).** The nurse's role and skills in hypertension care: A review. *Clinical Nurse Specialist*, 17(5): 260-68.
- Beşer, N., Öz, F. (2003).** Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7: 47-58.
- Birol, L., Akdemir, N. (2005).** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 452-467.
- Bleumink, G.S., Knetsch, A.M., Sturkenboom, M.C.J.M., Straus, S.M.J.M., Hofman, A., Deckers, J.W., et al. (2004).** Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *Europe*

Heart Journal, 25(18): 1614-1619.

Boonman-de Winter L.J.M., Rutten F.H., Cramer M.J., Landman M.J., Zuithoff N.P.A., Liem A.H., Hoes A.W. (2015). Efficiently screening heart failure in patients with type 2 diabetes. *European Journal of Heart Failure*, 17(2): 187-195.

Bardy, G.H., Lee K.L., Mark D.B. (2005). Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, 352(20): 2146-2146.

Brown, S.B. ve Shannon, R.P. (2007). Improving medication compliance in patients with heart failure, enhancing medication compliance in heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 101(2): 274-277.

Büyükturan, G. (2013). Kalp yetmezliği hastalarında plazma katestatin düzeylerinin değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İstanbul, 73.

Granger, C.B., McMurray J.J., Yusuf, S., Held P., Michelson, E.L., Olofsson, B., et al. (2003). Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial. *The Lancet*, 362(9386): 772-776.

Camm, A.J., Lüscher, T.F., Serruys, P.W. (2007). ESC textbook kardiyovasküler hastalıklar. CSA Global Publishing, İstanbul, 696-697.

Charalampakis, V., Seretis, C., Daskalakis, M., Fokoloros, C., Karim, A., Melissas, J. (2018). The effect of laparoscopic sleeve gastrectomy on quality of life: A prospective cohort study with 5-years follow-up. *Surgery for Obesity Related Diseases*, 18:30341-30341

Çakır, F., İlnem, C., Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23: 50-59.

Çalangu, S. (2002). Acil Dahiliye 6. Baskı. İstanbul, Format Matbaacılık, 27-87.

Çiçek, Z. (2012). Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımını üzerine etkisi. Doktora Lisans Tez, Erzurum.

Daskapan, A., Höfer, S., Oldridge, N., Alkan, N., Müderrisoğlu, H., Tüzün, E. (2008). The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. *Journal of Evaluation in Clinic Practice*, 14(2): 209-213.

- Demir, M., Ünsar, S. (2008).** Kalp yetmezliği ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(8): 119-129.
- Demirağ, A.S. (2009).** Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 1: 58-65.
- Demirkıran, S. (2010).** Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda serum vaspin düzeylerinin araştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- Dias, A., Pereira, C., Monteiro, M.J., Santos, C. (2014).** Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. Atencion Primaria, 46: 101-106.
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, JJ., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P.A., et al. (2008).** ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. 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). European Heart Journal, 1: 933-989.
- Dilokthornsakul, P., Chaivakunapruk, N., Nimpitakpong, P., Jeanpeerapong, N., Sruamsiri, R. (2012).** The effects of medication supply on hospitalizations and health-care costs in patients with chronic heart failure. Value in Health, 15(1): 9-14.
- Dolar, E. (2005).** İç Hastalıkları. İstanbul, Nobel Kitapevi, 19-30.
- Durademir, A. (1999).** Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3(1): 16-20.
- Eichorn, E.J., Bristow, M.R. (1996).** Medical therapy can improve the biological properties of the chronically failing heart. A New Era in The Treatment of Heart Failure. Circulation, 94(9): 2285-2296.
- Enç, N., Yiğit, Z., Altıok, M., Özer, S., Oğuz, S. (2007).** Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu. 2. Baskı. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları, 11-33.
- Ergene, T. (2012).** Koroner arter bypass cerrahisi geçiren ve post. operatif kardiyopulmoner fizyoterapi uygulanan hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ergün, A., Eti Aslan, F., Varan, F., Olgun, N., Kuşuoğlu, S. (2013).** Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.). Dahili ve

Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Kitabevi, 3-23.

Ertez, G., Kalkım, A., Bulut, S., Ümran, S. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2(2): 3-12.

Eser, E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Arı, Z. (Ed.). Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir, Konferanslar Konuşma Metinleri, 2-5.

Esin, M.N.Ö. (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Farha, R.A., Saleh, A., Aburuz, S. (2017). The impact of drug related problems on health-related quality of life among hypertensive patients in Jordan. Pharmacy Practice, 15(3): 995-995.

Fonseca, C. (2006). Diagnosis of heart failure in primary care. Heart Failure Reviews, 11(2): 95-107.

González-Chica, D.A., Adams, R., Dal Grande, E., Avery, J., Hay, P., Stocks, N. (2017). Lower educational level and unemployment increase the impact of cardiometabolic conditions on the quality of life: results of a population-based study in South Australia. Quality of Life Research, 26(6): 1521-1530.

Gök, H. (1996). Klinik Kardiyoloji. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 213-236.

Hakverdioğlu-Yönt G. (2009). İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.

Hall, J.E at al. (2017). Kalp Yetmezliği, Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji, 271-283.

Hayward, K.L., Valery. P.C., Martin, J.H., et al. (2017). Medication beliefs predict medication adherence in ambulatory patients with decompensated cirrhosis. World Journal of Gastroenterology, 23(40): 7321-7331.

Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C., Moser, D.K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. Heart & Lung, The Journal of Acute and Critical Care, 38(2): 100-108.

Heper, C. (2002). Heper Kardiyoloji. İstanbul, Nobel & Güneş, 323-339.

Höfer, S., Lim, L.L., Guyatt, G.H., Oldridge, N.B. (2004). The MacNew hearth disease health related quality of life instrument. Health and Quality of Life Outcomes, 2(1): 3.

Hunt, S.A., Baker, D.W., Chin, M.H., Cinquegrani, M.P., Feldman, A.M., Francis, G.S., et al. (2001). ACC/AHA guideliness for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. *Journal of American Collage of Cardiology*, 38(7): 2101-2113.

Jeong, H., Kim, H., Lee, K., Lee, J.H., Ahn, H.M., Shin, S.A., et al. (2017). Medical visits, antihypertensive prescriptions and medication adherence among newly diagnosed hypertensive patients in Korea. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22(1): 10.

Jenkinson, C. (2016). Quality of life. Erişim: 23/07/2018, <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life>

Karaca, S. ve Mert, H. (2011). Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3): 1-7.

Kelder, J.C., Cramer, M.J., Wijngaarden, J., Tooren, R., Mosterd, A., Moons, K.G., et al. (2011). The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. *Circulation*, 124(25): 2865-2873.

Korkmaz, M. (2003). Kalp yetmezliği olan hastalarda pozisyon değişikliklerinin periferik oksijen satürasyonuna etkisinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir.

Köseoğlu, N., Enç, N. (2016). Investigation of the factors preventing medication compliance in individuals with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14): 162-168

Küçükberber, N., Özdilli, K., Yorulmaz, H. (2011). Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease . *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11: 619-626

Lim, L.L., Valenti, L.A., Knapp, J.C., Dobson, A.J., Plotnikoff, R., Higginbotham, N., Heller, R.F. (1993). A self-administered quality of life quessionnare after acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(11): 1249-1256.

Lloyd-Jones, D.M., Larson, M.G., Leip, E.P., Beiser, A., D'Agostino, R.B., Kannel , W.B., et al. (2002). Lifetime risk for developing congestive heart failure. *Circulation*, 106(24): 3068-3072.

McKelvie, R.S., Moe, G.W., Ezekowitz, J.A., Heckman, G.A., Costigan, J., Ducharme, A., et al. (2013). The 2012 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: focus on acute and chronic heart failure. *Canadian Journal of*

Cardiology, 29(2): 168-181.

McMurray, J.J., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., et al. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Journal of Heart Failure, 15(3): 361-362.

Meriç, M. (2004). Kalp yetersizliğinde doku doppler miyokardiyal performans indeksi ve sol ventrikül diyastol sonu basıncıyla ilişkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun.

Mollaoğlu, M. (2007). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri özeti, 9-11.

Mosterd, A., Hoes, A.W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. Heart, 93(9): 1137-1146.

Nagrebetsky, A., Griffin, S., Kinmonth, A.L., Sutton, S., Craven, A., Farmer, A. (2012). Predictors of suboptimal glycaemic control in type 2 diabetes patients: the role of medication adherence and body mass index in the relationship between glycaemia and age. Diabetes Research and Clinical Practice, 96(2): 119-128.

Özer, S., Argon, G. (2005). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(1): 63-77.

Özer, S. (2009). Kalp yetersizlikli hastaların yaşam kalitesi algılamaları. Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 38(2): 100-108.

Özer, S. (2002). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Ponikowski, P., Voors A.A., Anker S.D., Bueno H., Clelan J.G.F., Coats A.J.S., et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 37(27): 2129-2200.

Pınar, R. (1994). Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Pinsky, D.J., Sciacca, R.R., Steinberg, J.S. (1997). QT dispersion as a marker of risk patients awaiting heart transplantation. Journal of American Collage of Cardiology, 29(7):

1576-1584.

Pitt, B., Remme V., Zannad F., Neaton J., Martinez F., Roniker B., et al. (2003). Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 348(14): 1309-1321.

Roberts, E., Ludman A.J.

, Dworzynski, K., Al-Mohammad, A., Cowie, M.R., McMurray, J.J.V., Mant, J. (2015). The diagnostic accuracy of the natriuretic peptides in heart failure: systematic review and diagnostic meta-analysis in the acute care setting. *BMJ*, 350: 910-910.

Myerburg, R.J., Castellanos, A. (1997). A comparison of antiarrhythmic-drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias. *New England Journal of Medicine*, 337(22): 1576-1584.

Riegel, B., Lee, C., Ratcliffe, S.J., Geest, S., Potashnik, S., Patey, M., et al. (2012). Predictors of objectively measured medication nonadherence in adults with heart failure. *circulation: Heart Failure*, 5(4): 430-436.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye (2014). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, Ankara.

Samur, G., Yıldız, E. (2008). Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar/hipertansiyon. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 729, Ankara.

Schwarz, K.A., Elman, C.S. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32(2): 88-99.

Schwitzer, J., Arai, A. E. (2011). Assessment of cardiac ischaemia and viability: role of cardiovascular magnetic resonance. *European Heart Journal*, 32(7): 799-809.

Soygur H. (2003). Şizofreni ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri*, 1(9): 14.

Störk, S., Handrock, R., Jacob, J., et al. (2017). Treatment of chronic heart failure in Germany: a retrospective database study. *Clinical Research in Cardiology*, 106(11): 923-932.

Tezel T. (2000). Diyastolik fonksiyonların belirlenmesinde temel prensipler. *Kardiyoloji Derlemeleri*: 13-28.

Toh, C.T., Jackson, B., Gascard, D.J., Manning, A., Tuck, E.J. (2010). Barriers to medication adherence in chronic heart failure patients during home visits. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 40(1): 27-30.

Valenti, L., Lim, L., Heller, R.F., Knapp, J. (1996). An improved questionnaire for

assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research*, 5(1): 151-161.

Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., et al. (2010). Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(1): 34-45.

Weber, K. T. (2001). Aldosterone in congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, 345(23): 1689-1697.

Wu, J.R., Lennie, T.A., Chung, M.L., Frazier, S.K., Dekker, R.L., Biddle, M.J. et al. (2012). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 41(82): 107-14.

Yancy, C.W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey D.E, Jr., Drazner, M.H., et al. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Journal of American Collage of Cardiology*, 62(16): 147-239.

Yancy, C.W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey D.E, Jr., Colvin, M.M., et al. (2016). 2016 ACC/AHA/HFSA focused update on new pharmacological therapy for heart failure: An update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Journal of American Collage of Cardiology*, 68(13): 1476-1488.

Yazdani-Bakhsh, R., Javanbakht, M., Sadeghi, M., Mashayekhi, A., Ghaderi, H., Rabiei, K. (2016). Comparison of health-related quality of life after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. *ARYA Atherosclerosis*, 12(3): 124-131.

Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., et al (2010). Sağlık hizmetlerinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3): 125-132.

Zogni, M., Özer, S. (2010). Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi. 3. Ulusal Yaşam Kalitesi, Kongresi, İzmir, 135-13.

8. EKLER



EK-1 Hasta Tanıtım Formu

Vaka no:

A-KİŞİSEL BİLGİLER

Tarih:

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1.Erkek 2.Kadın
3. Eğitim durumu: 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlköğrenim
 4.Ortaöğrenim 5.Üniversite ve üstü
4. Medeni Durum: 1.Evli 2.Bekâr
5. Sosyal Güvence: 1.Evet 2.Hayır
6. Mesleğiniz: 1.Ev hanımı 2.İşçi 3.Emekli
4.Memur 5.Serbest 6.Diğer
7. Çalışma Durumunuz Nedir? 1.Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
 2.Yarım Gün ya da Belli Saatlerde
Çalışıyorum 3. Çalışmıyorum
8. Birlikte Yaşadığınız Kişiler? 1.Evde Yalnız 2.Eşimle 3.Eşim ve
Çocuklar 4.Diğer Aile Üyeleri
9. **Boy:**.....
10. **Kilo:**.....
11. **Sigara Kullanımı:** 1.Kullanıyorum miktar (adet/gün)...../süre
(ay) 2.Bıraktım miktar (adet/gün).../süre (ay)...
(ne kadar süre önce bıraktınız)
 3.Hiç kullanmadım.
12. **Alkol kullanımı:** 1.Kullanıyorum miktar (kadeh/gün)...../süre
(ay)..... 2.Bıraktım miktar
(kadeh/gün).../süre (ay)... (ne kadar süre
önce bırakmadan önce). 3.Hiç
kullanmadım.

B-TIBBİ BİLGİLER

13. Ne kadar zamandır kronik kalp yetersizliği hastasıınız ?.....(ay).
14. NHYA Fonksiyonel sınıflaması: 1. Sınıf 2 2. Sınıf 3 3. Sınıf 4
15. Ejeksiyon fraksiyonu (EF) %
16. Eşlik eden başka kronik hastalığınız var mı? 1.Yok 2. Var
17. Var ise: 1.DM 2.HT 3.ASTIM 4. KOAH 5. KBY
 6. Diğer

18. Kontrollerinize düzenli gider misiniz? 1. Her Zaman 2. Çoğu Zaman
3. Bazen 4.
Hiçbir Zaman

19. İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız? 1. Her Zaman 2. Çoğu Zaman
3. Bazen 4. Hiçbir
Zaman

20. İlacın yanı sıra başvurduğunuz başka yöntemler (non-farmakolojik) var mıdır, varsa hangileridir?

1.Yoktur 2.Tuzun kısıtlanması 3.Egzersiz 4.Düzenli kilo
takibi 5.Sigarayı bırakma 6.Alkolü bırakma 7.Sıvının kısıtlanması
8.Enfeksiyonlara karşı aşılama 9. Diğer.....

Son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı?..... (defa)



EK-2 MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi

- 1) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman kendinizi sınırlı, sabırsız veya öfkeli hissettiniz?
 - a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 2) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi değersiz veya yetersiz hissettiniz?
 - a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 3) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi kalp probleminizle meşgul olabilecek kadar güvenli ve emin hissettiniz?
 - a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 4) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman kendinizi keyifsiz ve kederli hissettiniz?
 - a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 5) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman kendinizi rahatlamış ve huzurlu hissettiniz?
 - a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 6) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi yorgun ve halsiz hissettiniz?
 - a. Her zaman

- b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 7) Son iki hafta boyunca, özel yaşantınızla ilgili olarak ne kadar mutlu, hoşnut veya memnunsunuz?
- a. Çoğunlukla hoşnutsuz, çoğu zaman mutsuz
 - b. Genelde hoşnutsuz, mutsuz
 - c. Biraz hoşnutsuz, mutsuz
 - d. Genellikle hoşnut
 - e. Genellikle mutlu
 - f. Genellikle çok mutlu
 - g. Çok mutlu ve memnun
- 8) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi huzursuz ve tedirgin hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 9) Son iki hafta boyunca, günlük fiziksel aktivitelerinizi yaparken ne kadar nefes darlığı çektiniz?
- a. Aşırı nefes darlığı
 - b. Çok nefes darlığı
 - c. Epeyce nefes darlığı
 - d. Orta düzeyde nefes darlığı
 - e. Biraz nefes darlığı
 - f. Çok az nefes darlığı
 - g. Nefes darlığı yok
- 10) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi ağlayacakmış gibi hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 11) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi kalp probleminizden öncesine göre daha bağımlı hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla

- c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 12) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla sosyal veya ailenizle ilgili aktivitelerinizi gerçekleştirmede kendinizi yetersiz hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 13) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla diğer kimselerin size olan güveninin kalp probleminizden öncesi gibi olmadığını hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 14) Son iki hafta boyunca, günlük aktivitelerinizi yaparken ne kadar sıklıkta göğüs ağrısı çektiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 15) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizden emin olmadığınızı veya kendinize olan güveninizde azalma olduğunu hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 16) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla bacaklarınızda ağrı ve yorgunluk hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık

- d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 17) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, egzersiz veya spor ne kadar limitlisiniz?
- a. Aşırı derecede limitli
 - b. Çok limitli
 - c. Epeyce limitli
 - d. Orta derecede limitli
 - e. Biraz limitli
 - f. Az limitli
 - g. Limitsiz
- 18) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi endişeli ve korkulu hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 19) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi şaşkın ve sersemlemiş gibi hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 20) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi kısıtlı ya da limitli hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman
- 21) Son iki hafta boyunca, ne kadar fiziksel aktivite veya egzersiz yapmanız gerektiği hakkında, kendinizi ne sıklıkta, endişeli hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az

- f. Nadiren
g. Hiçbir zaman
- 22) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla ailenizi size karşı aşırı koruyucuymuş gibi hissettiniz?
- a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman
- 23) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi diğer kişiler üzerinde yükümüş gibi hissettiniz?
- a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman
- 24) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta kendinizi diğer kişilerle birlikte yapılan işlerden ayrı tutulmuş hissettiniz?
- a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman
- 25) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta kendinizi sosyalleşmede yetersiz hissettiniz?
- a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman
- 26) Son iki hafta boyunca, kalp probleminiz nedeniyle, fiziksel yönden ne kadar kısıtlı veya limitli hissettiniz?
- a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren

- g. Hiçbir zaman
- 27) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin cinsel hayatınızı limitediğini veya engellediğini hissettiniz?
- a. Her zaman
 - b. Çoğunlukla
 - c. Sık sık
 - d. Bazen
 - e. Az
 - f. Nadiren
 - g. Hiçbir zaman



EK-3 İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

ÖLÇEK SORULARI	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
DUYARLILIK ALGISI					
1.Reçetesiz ilaç kullanmaktan zarar görme ihtimalim çok yüksek.					
2.Reçetesiz ilaç kullanmaktan dolayı ilaç alerjisi (zehirlenme) olma ihtimalim çok yüksek.					
3.Reçetesiz ilaç kullanırsam ölebilirim.					
4. Reçetesiz ilaç kullanırsam vücudum, organlarım zarar görür.					
5. Başkalarının önerdiği ilaçlar bana zarar verir.					
6. Zarar vereceği için benim ilaçlarımı başkalarına önermem.					
ÖNEMSEME/CİDDİYET ALGISI					
7. İlaç alerjisi (zehirlenme) beni korkutur.					
8. İlaçların vücuda verdiği zararları/yan etkileri düşündüğümde strese girerim.					
9. Reçetesiz ilaç alerjisini düşünmekten korkarım.					
10. Reçetesiz ilaç kullanmanın zararları/yan etkilerinde yaşayacağım problemler çok uzun bir süre devam edecek.					
11. Reçetesiz ilaç kullanmam çevremle olan ilişkilerimde bana olan güveni sarsar.					
12. Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmam hayatımda ciddi değişiklikler yapar.					
SAĞLIK MOTİVASYONU					
13. Sağlık problemlerimi erkenden teşhis etmek isterim.					
14. Sağlıklı olmak benim için çok önemli.					
15. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım.					
16. Doğru ilaç kullanmak için yeni bilgiler öğrenirim.					
17. Sağlığımı geliştirecek bilgi ve davranışları yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.					
18. Reçeteli ilaç kullanırım.					
YARAR ALGISI					
19.Reçeteli ilaç kullanmak benim yararımadır.					
20.Reçeteli ilaç kullanmak iyileşmemi sağlar.					
21. Reçeteli ilaç kullanmak ilaç zehirlenmelerini (alerjilerini) en aza indirebilir veya tamamen engeller.					
22. Reçeteli ilaç kullanmak yasal haklarımı korur.					
ENGEL ALGISI					
23. Reçete ile ilaç almak prosedürlerden dolayı benim için çok zor.					
24.Reçeteli ilaç alma prosedürleri çok zamanımı alıyor.					
25. Reçeteli ilaç almada bana yardım edecek biri yok.					
26. Reçetesiz ilaçlar beni iyileştirdiği için sıkıcı prosedürlere uymam gerekmez.					
27. İlaç iyi geliyorsa reçeteli olması gerekmez.					
28. Reçeteli ilaç almak için zamanım yok.					
ÖZ-ETKİLİLİK					

29.Reçeteli ilaç almanın prosedürünü biliyorum.					
30.İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanabilirim.					
31.İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanarak iyileşebilirim.					
32.Bana anlatılanlardan bilgiler edinebilirim ve ilaçlarımı doğru kullanabilirim.					
33.İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanmak için gerekli bilgileri edinebilirim.					
34. İlaçlarımı doğru dozlarda kullanabilirim.					
35.İlaçlarımı önerilen zaman aralıklarında kullanabilirim.					



EK-4 Etik Kurul Karar Formu**SANKO ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalara İlaç Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	28.09.2017
	Araştırmanın Türü	Anket çalışması
	Katılan Merkezler	Çok Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2017/06	Karar No: 03	Tarih: 29.09.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X	X		
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

EK-5 Kurum Çalışma İzni (Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi).

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/11/2017-E.22278



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği**

Sayı :91786782/708.99/E.
Konu :Fatma BOĞAN'ın tez çalışması yapmak istediği.

SAYIN FATMA BOĞAN

İlgi :10/11/2017 tarihli, 0 sayılı ve "Fatma BOĞAN'ın tez çalışması yapmak istediği." konulu yazı

İlgi dilekçenize istinaden ; Yard. Doç. Dr. Medet KORKMAZ 'ın danışmanlığında "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemiz kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde tarih belirtmediğinizden 1 (bir) yıl süre ile uygulamanız uygun mütalaa edilmiştir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr.Suat ZENGİN
Başhekim

EK-6 Kurum Çalışma İzni (Özel Sani Konukoğlu Hastanesi).



T.C.
SANI KONUKOĞLU HASTANESİ

GMDY: 2049
KONU: FATMA BOĞAN hk.

14.12.2017

SANKO ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

10.11.2017 tarih ve 77862277-044-72 sayılı yazınıza istinaden Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencimiz Fatma BOĞAN'ın "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin" tez konusunda hastanemizde araştırma yapması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Suat ÖZERBAŞ
Mesul Müdür



GAZİANTEP ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ A.Ş.

Mersis No : 0389 - 0039 - 5800 - 0016
İncilipınar Mh. Ali Fuat Cebecioy Bul. No:45 27090-GAZİANTEP
Tel. : (0.342) 211 50 00 Fax : (0.342) 211 50 10
e-mail : sankotip@sankotip.com
www.sankotip.com

EK-7 MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi Kullanım İzni

Outlook Posta

Yeni | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür

zudaskapan@y: "arzdaskapan@yahoo.com" <arzdaskapan@yahoo.com> şunları yazdı (12 Eyl 2017 17:19)

Çalışmanız bittikten sonra atıfta bulunmak koşulu ile kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar

iPhone'umdan gönderildi

FATMA BOĞAN <FATMABOGAN@outlook.com> şunları yazdı (12 Eyl 2017 00:17):

sımlar hocam!
ismim fatma boğan. Gaziantep Sanko Üniversitesinde yüksek lisans öğrenciyim. macnew ölçeğini kullanarak yüksek lisans tez çalışmamı yapmak istiyorum. bu ölçeği türkçeye uyarlayan sizsiniz diye biliyorum. çalışmamda kullanılabilir miyim? saygılarımla....

EK-8 İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Outlook Posta

From:zeynep2420@hotmail.com

Yeni | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Geri al

Arama sonuçları

Klasörlerde

Tüm klasörler

Gelen Kutusu

Gönderen

Zeynep Çiçek
zeynep2420@hotmail.com

Tarih

Tümü

Bu hafta

Geçen hafta

Bu ay

Aralık seç

Başlangıç

16.08.2018 (Per)

Zeynep Çiçek <zeynep2420@hotmail.com>
27.07 (Cum) , 12:34
Siz

Merhaba Fatma,
Ölçeği kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

FATMA BOĞAN
27.07 (Cum) , 09:41

Merhaba hocam
İsmim Fatma Boğan, Gaziantep Sanko Üniversitesinde Doç. Dr. Medet Korkmaz danışmanlığında yüksek lisans yapmaktayım. İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeğini kullanarak yüksek lisans tez çalışmamı yapmak istiyorum. Bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapıldığı için çalışmamda kullanmak üzere izninizi istiyorum. Saygılarımla.

iPhone'umdan gönderildi

EK-9 İntihal Rapor Formu

	<p>T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ</p> <p>NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p>	<p>TEZ FORM 2b</p>
---	---	----------------------------

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Fatma Anabilim Dalı : Hemşirelik
Soyadı : BOĞAN Programı : Hemşirelik Tezli (İç Hast. Hem.)
Öğrenci No : 161101006 Statüsü : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Doç. Dr. Medet KORKMAZ
Tez Adı : Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	5	27/08/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	5	12/10/2018

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 50 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %5'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve dizin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri
12/10/2018

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüriyelerine gönderir.

*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-10 Özgeçmiş



Adı	Fatma	Soyadı	BOĞAN
Doğum Yeri	Baskil/Elazığ	Doğum Tarihi	06.06.1989
Uyruğu	T.C.	Telefon	0 507 745 25 29
E-mail	fatmabogan@outlook.com		

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	SANKO Üniversitesi	2018
Lisans	Gaziantep Üniversitesi	2011

Bilgisayar Program Bilgisi	Kullanma Becerisi*
Microsoft Office	İyi

Hobiler: Kitap okumak, Müzik dinlemek, Yürüyüş yapmak, Tarihi yerleri

