

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN İLAÇ VE  
DİYETE UYUMLARININ HASTANEYE YENİDEN  
YATIŞA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Gül DURAL**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ  
Yüksek Lisans Tezi-2016**

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

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN İLAÇ VE DİYETE  
UYUMLARININ HASTANEYE YENİDEN YATIŞA VE YAŞAM KALİTESİNE  
ETKİSİ**

**Gül DURAL**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**  
**Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

**MALATYA**

**2016**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Gül KAYA'nın "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyete Uyumlarının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2016

Prof. Dr. Behice ERCİ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

## ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2016 tarih ve 2016/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı.....	3
2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Kalp Yetersizliğinin Çeşitleri.....	4
2.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması.....	4
2.5. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi.....	4
2.6. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi.....	5
2.7. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları.....	5
2.8. Kalp Yetersizliğinde Tanı.....	7
2.9. Kalp Yetersizliğinde Tedavi.....	7
2.9.1. Farmakolojik Tedavi.....	7
2.9.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi.....	8
2.10. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı.....	9
2.11. Kalp Yetersizliğinde İlaç ve Diyete Uyum.....	10
2.12. Kalp Yetersizliği ve Hastaneye Yeniden Yatış.....	11
2.13. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi.....	12
3. MATERYAL VE METOD.....	14
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	14
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	14
3.4. Verilerin Toplanması.....	15
3.5. Veri Toplama Araçları.....	15
3.5.1. Hasta Tanıtım Anketi (Ek 2).....	15
3.5.2. Diyete Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) (Ek 3).....	15
3.5.3. İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (İUHIÖ) (Ek 4).....	16
3.5.4. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ) (Ek 5).....	16

3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	17
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	17
3.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	17
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği .....	18
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA .....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR .....	41
EKLER.....	51
EK-1. Özgeçmiş.....	51
EK-2. Veri Toplama Formu.....	52
EK-3. Diyete Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) .....	54
EK-4. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ).....	55
EK-5. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ).....	56
EK-6. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği İzni .....	58
EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay.....	59
EK-8. Ölçek İzni-1 .....	60
EK-9. Ölçek İzni-2.....	61

## TEŐEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamam boyunca bana rehberlik eden, değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a,

Tezin başlangıç aşamasından itibaren değerli görüş ve önerilerinden ve verilerin analizindeki katkılarından dolayı hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye,

Hayatımın her aşamasında bana ışık tutan, değerli desteklerini esirgemeyen sevgili edebiyat hocam Mehmet GÖKTAŐ'a ve değerli eői Nuray GÖKTAŐ'a,

Varlıklarından dolayı gurur duyduğum, hayatımın her aşamasında beni destekleyen canım annem Gülnaz KAYA ve abim SELAHATTİN KAYA'ya,

Manevi desteğini her zaman hissettiren eőim Burak DURAL'a

Bugünlere gelmemde önemli desteklerini gördüğüm tüm sevdiklerime,

Araştırmanın yapıldığı İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Koroner Yoğun Bakım-Kardiyoloji Servisinin tüm hemőirelerine,

Tezim boyunca desteklerini gördüğüm akademisyen arkadaşlarıma ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

GÜL DURAL

## ÖZET

### **Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyete Uyumlarının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi**

**Amaç:** Araştırma kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyete uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma Temmuz 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Koroner Yoğun Bakım ünitesi ve Kardiyoloji servisinde yatmakta en az 6 ay önce kalp yetersizliği ile tanılanmış, daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan 379 yetişkin hasta oluşturmuştur. Örnekleme ise, evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanarak belirlenen 161 hasta oluşturmuş, hata payını azaltmak için araştırma 170 hasta ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Anketi, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t-testi, Mann-Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis, korelasyon analizleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada hastaların çoğunluğunun kadın, evli, NYHA sınıf II hastaları olduğu, yatış sayılarının 8 ve üzeri, hastalık sürelerinin 25 ay ve üzeri olduğu saptanmıştır. Araştırmada NYHA sınıflaması kötü olanların ilaca daha uyumsuz oldukları ve yaşam kalitelerinin kötü olduğu, hastaneye yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü ve obezlerin daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. Araştırmada ilaç ve diyete uyumun hastaneye yeniden yatışı etkilediği, ilaca uyumun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırmada hastaların ilaç ve diyete uyumda yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri, yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, ilaca ve diyete uyumlu hastaların hastaneye daha az yattıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hastalara ilaç ve diyete uyum konusunda hemşireler tarafından eğitimler verilmesi ve danışmanlık programlarının artırılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Kalp yetersizliği, İlaça Uyum, Diyete Uyum, Yaşam Kalitesi Hastaneye Yeniden Yatış, Hemşire

## ABSTRACT

### **The Effect of Medication and Dietary Compliance on Re-Hospitalization and Quality of Life in Patients with Heart Failure**

**Aim:** The aim of this research is to determine the effect of medical and dietary compliance on re-hospitalization and quality of life in patients with heart failure.

**Material and Method:** The research was done between July 2015 and July 2016. The research universe consisted of 379 adult patients with heart failure who was diagnosed at least 6 months before and have previously hospitalized at least once. The sample is calculated by the known universe sampling method and sample was consisted 161 patients. But the research was completed by 170 patients to reduce the margin of error. Data were collected with Introduction of Patient Survey, The Beliefs About Medication Compliance Scale, The Beliefs About Dietary Compliance Scale and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. The data were evaluated with descriptive statistics, t test, Mann Whitney test, ANOVA, Kruskal Wallis and Pearson's correlation tests.

**Results:** The research results showed that most of the patients were female and married. It was determined that NYHA class III patients are more incompatible than class II patients. It was found that medication and dietary compliance effects on re-hospitalization and medication compliance effects patient's quality of life.

**Conclusion:** It has been determined that patients who has an intermediate level of the quality of life, have good compliance to medication and dietary therapy. It was found that compliance of patients to the medication and dietary decreased the events of re-hospitalization. In accordance with these results, giving training on compliance with medication and dietary by nurses and increased counseling programs may be proposed.

**Key Words:** Heart Failure, Medication Compliance, Dietary Compliance, Quality Of Life, Re-Hospitalization, Nurse

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AHA</b>	: Amerika Kalp Derneği
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DUHIÖ</b>	: Diyete Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği
<b>EF</b>	: Ejeksiyon Fraksiyonu
<b>ESC</b>	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
<b>İUHIÖ</b>	: İlacı Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği
<b>MLHFQ</b>	: Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği
<b>NYHA</b>	: New York Kalp Birliği
<b>KY</b>	: Kalp Yetersizliği
<b>TÖTM</b>	: Turgut Özal Tıp Merkezi

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	19
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Hastalık Özellikleri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı .....	20
<b>Tablo 4.3.</b> Hastaların DUHIÖ, İUHIÖ ve MLFHQ Puan Ortalamalarının Dağılımı ...	21
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların NYHA Sınıflaması ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların NYHA Sınıflaması ile MLHFQ Puan Ortalamaları Karşılaştırılması.....	22
<b>Tablo 4.6.</b> Hastaların BKİ ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	23
<b>Tablo 4.7.</b> Hastaların BKİ ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 4.8.</b> Hastaların Hastalık Süresi ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	24
<b>Tablo 4.9.</b> Hastaların Hastalık Süresi ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	25
<b>Tablo 4.10.</b> Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
<b>Tablo 4.11.</b> Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
<b>Tablo 4.12.</b> Hastaların Bir Önceki Yatış Zamanı ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
<b>Tablo 4.13.</b> Hastaların Bir Önceki Yatış Zamanı ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
<b>Tablo 4.14.</b> Hastaların MLHFQ ile DUHIÖ ve İUHIÖ Arasındaki İlişki .....	29

# 1. GİRİŞ

Kalp yetersizliği (KY), toplumda görülme oranı giderek artan, yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip önemli bir sağlık sorunudur (1-3). Sağlıktaki farmakolojik ve teknolojik gelişmelere rağmen KY hastaneye başvuru ve tekrarlı yatışlarda en sık karşılaşılan sebep olmayı sürdürmektedir (4-7). Dünya çapında KY hasta sayısı yaklaşık 23 milyondur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise yaklaşık 5.7 milyon kişide KY mevcut olup, her yıl 550.000 yeni hasta KY tanısı almaktadır (3, 8). Ülkemizde de KY prevalansı %2.9 olarak bulunmuştur (9).

Kalp yetersizliği olan hasta sayısının gün geçtikçe artması hastaneye yatışlarda artmaya neden olmakta ve bunun sonucunda sağlık harcamalarında maliyet yükselmektedir (10). Yapılan araştırmalar da göstermiştir ki bu yatışların çoğu tedaviye olan uyumsuzluk ve tıbbi yardım almada gecikmeden kaynaklanmaktadır (11, 12).

Kalp yetersizliğinin tedavisi farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımları içerir (13). Farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviye uyum diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KY hastaları içinde oldukça önemlidir (14, 15). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir çalışmanın sonucuna göre KY hastalarının kendilerine önerilen farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviye uyumlarının %20-60 arasında olduğu görülmüştür (16). Yapılan çalışmalar sonucunda farmakolojik tedaviye uyum gösteren hastalarda bir yıl içindeki ölüm oranlarının önemli düzeyde düşük olduğu, hastaneye yatışlarında azaldığı saptanmıştır (15, 17, 18). Tedaviye uyumsuzluk hastaların semptomlarını kötüleştirerek yaşam kalitelerinde azalmaya neden olur (15, 19, 20). Aynı zamanda KY hastalarında tedaviye uyum öz bakımın önemli bir basamağını oluşturur. Bireyin günlük olarak tedavisine uyum sağlaması beklenmektedir. Mevcut veriler kullanılarak yürütülen bir çalışmada öz bakımları yüksek kişilerin yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu, bunun da hastaneye yatış oranlarını düşürdüğü görülmüştür (21).

Farmakolojik olmayan tedavinin önemli yapı taşlarından biri olan diyetle uyum KY hastaları için çok önemlidir (13, 22). Diyetle sodyum kısıtlaması yapıldığında KY hastalarının semptomlarının azaldığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (23-25). Diyetle uyum KY'nin yönetiminde önemli bir amaç olarak ele alınmalıdır (20, 26). Çünkü yapılmış olan birçok çalışmada diyetle uyumsuzluğun hastaneye yeniden yatışları arttırdığı saptanmıştır (13, 27-29). Eğer KY'nin kötüleşmesine neden olan ilaca ve diyetle

uyumsuzluk gibi davranışsal faktörlerin üstesinden gelinirse bireylerin hastaneye yatışları önlenebilir (17).

Hastalar, kronik hastalıkların yaşamlarında yol açtıkları değişikliklere alışarak bunlarla yaşamayı öğrenirler. Bu süreçte yeni yaşam şekillerinin etkisiz yönetimine bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşayabilirler. Yaşanan bu sorunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkiler (18). Kronik hastalıklar içinde KY bireylerin yaşam kalitelerini daha derinlemesine etkilemektedir. Kalp yetersizliği hastalarında ilaç ve diyet programları gibi yaşam şekli değişikliklerine uyum gösterenlerin yaşam kalitelerinin de olumlu etkilenmesi beklenmektedir (30). Yapılan bazı çalışma sonuçlarında da ilaç ve diyet programlarına uyum gösteren hastaların yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu görülmüştür (15, 22, 31).

Kalp yetersizliği olan hastaların hastalık süreçlerine uyumlarını arttırmak için bireylere multidisipliner bir ekip çalışması ile uygulama yapılmalıdır (32-34). Bu süreçte en önemli görev hemşirelere düşmektedir. Hemşire liderliğindeki bakım programlarının KY hastalarının yaşadıkları sürece olumlu katkıda bulunması beklenmektedir. Hastaların ilaç tedavilerine ve hastalıklarına uygun düzenlenmiş diyetlerine uyumlarında kişilere danışmanlık yapan hemşirelerdir (35). Hemşire, hastaların ilaç ve diyetle uyumlarında aktif olarak çalışmalıdır. Hastaları durumları ve tedavileri hakkında bilgilendirmek, hastaların tedavilerine olan inanç ve uyumlarını geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmak hemşirelerin önemli görevlerindedir. Hemşire liderliğindeki ekip çalışmalarının mortalite ve morbiditede azalma sağladığı görülmüştür (16, 34, 36).

Kalp yetersizliği ile ilgili birçok çalışma olmasına karşın kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyetlerine uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı, kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyetle uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği (KY), yapısal veya işlevsel bir kardiyak sorundan kaynaklanan, kalbi doku ve organlara metabolik gereksinimlerini karşılayacak seviyede kanı pompalayamaması ile sonuçlanan klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (37-40). Başlı başına bir hastalık olarak değil çeşitli nedenlerin miyokartta hasara yol açmaları ile klinikte ortaya çıkar (25, 39). İlk kardiyak hasarla beraber miyokardiyal ve nonmiyokardiyal kompensatuar mekanizmaların etkileşimiyle kardiyak hipertrofi, kavite dilatasyonu, intrakardiyak basıncın artması, kardiyak atımın azalması ile klinik gidişatta kötüleşmeye varabilen klinik bir sendrom oluşur (41).

### 2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliği, kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olup, görülme olasılığının artması ile önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir (10, 42). Kalp yetersizliğinin çeşitli nedenleri vardır. Hipertansiyon ve diyabet çoğu olguda nedenleri içinde yer alsa da koroner arter hastalığı en yaygın nedenidir (10, 37). Bu sebepten dolayı KY erkeklerde daha yaygın görülmekte ancak yaşlı nüfusta cinsiyet farkı azalmaktadır (10).

Gelişmiş ülkelerde yetişkin toplumun yaklaşık olarak %1-2'sinde KY görülmekte, olup prevalansının 70 yaş ve üstündeki kişilerde %10'a kadar yükseldiği görülmektedir (37). Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) Türkiye'yi de içine alan 51 ülkeyi kapsayan çalışmasının sonuçlarına göre KY prevalansı %2-3 olarak bulunmuştur (10). Amerika Birleşik Devletleri'nde KY prevalansı 20 yaş ve üzeri kişilerde 5.7 milyondur (43). Amerika Kalp Derneği'nin (AHA) verilerine göre her yıl 600 bin yeni vaka ve 1 milyonun üstünde hastaneye yatış olmakta, bunun maliyetinin de 33 milyon dolar ve üzerine ulaştığı saptanmıştır (44).

Türkiye'de de yapılan KY'nin prevalansı ve öngördücüleri çalışması (HAPPY) sonuçlarına göre; ülkemizde erişkin popülasyonda KY prevalansı %2.9 olarak bulunmuştur (9, 10). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yaptığı bireyler tarafından belirtilen hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyet ve yerleşim yerlerine göre dağılımı istatistiğinin sonuçlarına göre Türkiye genelinde KY oranları erkeklerde %0.9, kadınlarda %1.6 çıkmıştır (45).

Kalp yetersizliği, yüksek mortalite oranlarına sahip olmanın yanı sıra, bireylerin yaşam kalitelerini de oldukça olumsuz etkiler. Aynı zamanda yaşlı nüfusta hastaneye yatışların en sık nedenidir (10). Hastaneye yeniden yatışların en önemli sebepleri arasında yetersiz hastalık yönetimi, ilaca ve diyete uyumsuzluk gibi sebepler bulunmaktadır (16).

### 2.3. Kalp Yetersizliğinin Çeşitleri

Kalp yetersizliği çoğunlukla sol veya sağ, yüksek debili veya düşük debili, akut veya kronik, öne doğru ve geriye doğru, sistolik veya diyastolik olarak tanımlanmaktadır (46-49).

### 2.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

Kalp yetersizliği işlevsel kapasiteye göre New York Kalp Birliği (NYHA) tarafından semptomlara göre dört gruba ayrılarak sınıflandırılmıştır (10, 14, 37, 49, 50).

SINIF 1	Fiziksel aktivite kısıtlanması yok. Olağan fiziksel etkinlik, beklenenin üstünde halsizlik, çarpıntı ya da dispneye neden olur.
SINIF 2	Hafif aktivitede kısıtlanma mevcut. Dinlenme halinde rahat ancak olağan fiziksel etkinlik, çarpıntı ya da dispneye neden olur.
SINIF 3	Aktivitede belirgin kısıtlanma mevcut. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik, halsizlik, çarpıntı ya da dispneye neden olur.
SINIF 4	Rahatsızlık duymadan herhangi bir aktivite sürdürmemeye mevcut. Dinlenme sırasında bulgular ortaya çıkar. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artmaktadır.

### 2.5. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği vakalarının büyük bir bölümünde sistolik fonksiyon bozukluğu mevcutken hipertrofik kardiyomyopati, amiloidozis gibi bazı hastalıklarda ise diyastolik fonksiyon bozukluğu mevcuttur (39). Kalp yetersizliği, miyokard infarktüsü sonrası kalbin aniden ciddi hasar görmesiyle de akut bir tablo olarak ortaya çıkabilmektedir (51).

Kalp yetersizliğinde vücudun hayati organlarına yeterli kan pompalamak üzere kardiyovasküler ve renal sistemlerde üç ana kompensatuar mekanizma devreye girer.

Bunlar:

- Frank-Starling yasası
- Nörohümorale Aktivasyon
- Miyokardiyal Remodeling(yeniden şekillenme)'dir (16, 47, 52, 53).

Bu mekanizmalardan ilk ikisi hemen devreye girer. Miyokardiyal remodeling ise yavaş meydana gelir (16).

## **2.6. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi**

Kalp yetersizliğinin nedenleri genel olarak hastalık sürecine göre sınıflandırılır (46). Kalp yetersizliğinin en çok görülen nedenleri koroner arter hastalığı, sistemik hipertansiyon, dilate kardiyomiopati, viral bakteriyel miyokarditler ve valvüler kalp hastalıklarıdır (25, 41, 54, 53). Aynı zamanda KY gelişmesine ritim anormallikleri, anemi, renal disfonksiyon ve kardiyodepresan ilaçlarda neden olabilir (46). Ritim anormallikleri arasında yeni başlayan yüksek ventrikül hızlı atrial fibrilasyon hastayı hızlı bir şekilde KY'ne sürükleyebilir (39, 55).

Hipertansiyon sıklıkla KY'nin ilerleyişi ile ilgili olup, nadiren KY'ne hemen neden olabilir. Sıklıkla hipertansiyonla beraber koroner arter hastalığı da mevcuttur (44).

Diyabet, hiper/hipotiroidi, cushing sendromu, adrenal yetersizlik, büyüme hormonunun aşırı salgılanması, feokromositoma gibi hastalıklarda KY gelişmesine neden olan endokrin faktörlerdir (10, 46, 56).

Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi KY'de de davranışsal ve biyolojik risk faktörleri ele alınarak hastalık önenebilir veya semptomları iyileştirebilir. Bu hastalıkla ilişkili olduğu bilinen sigara-tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam şekli, alkol tüketimi gibi davranışsal faktörler ele alınmalıdır. Aynı zamanda arter kan basıncında artma, kolesterol düzeyinde artma, kan şekerinde artma gibi biyolojik risk faktörleri de ele alınmalıdır (10).

## **2.7. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları**

Kalp yetersizliği belirti ve bulgularını erken dönemde fark etmek zordur, çünkü bunların önemli bir kısmı non-spesifiktir (37, 57). Ayrıca semptomlar hastadan hastaya farklılık göstermekte olup, hastanın demografisi, hastalığın başlama şekli gibi durumlara göre de değişebilir (46). Tüm bunlardan dolayı iyi bir anamnez alma ve fizik muayene

yapma önemlidir (37, 57). Çünkü semptomlar, bireylerin fiziksel ve sosyal aktivitelerini kısıtlamakta ve yaşam kalitelerinde düşmeye neden olmaktadır. Bu da hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artmaya neden olmaktadır (58).

- **Dispne**

Dispne, KY'nin en erken ve en sık görülen semptomudur (41). Başlangıçta dispne KY'de efor sırasında görülür. Ancak KY ilerledikçe daha az yorucu eforlardan sonrada görülmeye başlar (48). Hastada ilerleyici olarak paroksizmal nokturnal dispne, ortopne ve sonuç olarak istirahatte de dispne görülmeye başlar (41). Kalp yetersizliği hastalarında pembe köpüklü balgamla karakterize akciğer ödemi ve her iki akciğerde kaba raller ve wheezing duyulması da görülebilir (53, 57).

- **Halsizlik**

Kalpdeki düşük debiye bağlı iskelet kaslarının perfüzyonunun bozulması halsizliğe neden olur (41). İstirahat ve efor esnasında görülmektedir (57).

- **Nokturi ve Oligüri**

Nokturi KY'nin erken ve sık görülen bulgusudur. Sol ventrikülün yeterince çalışmaması sonucu renal kan akımı azalır. Hasta yatınca oluşan vazokonstriksiyonun azalması ile kalbe venöz dönüş artar bununla birlikte de idrar yapımı artar ve nokturi görülür. Oligüri ise kalp debisinin belirgin derecede azalmasına bağlı olarak genelde hastalığın terminal evresinde görülür (57).

- **Serebral semptomlar**

Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda konfüzyon, konsantrasyonda zorlanma, hafıza problemleri, anksiyete ve depresyon ile seyreden mental değişiklikler görülebilir (48).

- **Uyku problemleri**

Kalp yetersizliği olan hastaların %50'sinde uyku problemleri vardır. Özellikle uykusuzluk KY olan hastalarda yaygın görülen bir problemdir (59).

- **Gastrointestinal semptomlar**

Karın ağrısı, dolgunluk, anoreksi, bulantı, asit, konstipasyon KY'de görülen başlıca semptomlardır (48, 57).

## **2.8. Kalp Yetersizliğinde Tanı**

Kalp yetersizliği tanısı özellikle erken dönemlerde zor olmaktadır, çünkü belirtiler hastalığa özgü olmayabilir (37). Hastanın tıbbi öyküsü ve fizik muayenesi KY tanısının altta yatan nedenlerinin saptanmasının koşullarıdır (37, 47).

## **2.9. Kalp Yetersizliğinde Tedavi**

Tanısı konmuş KY hastalarında esas hedefler semptom ve bulguları iyileştirmek, hastane yatışlarını azaltmak ve sağ kalımın artmasını sağlamaktır (57, 60). Kalp yetersizliğinin tedavisi hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik süreçleri içeren multidisipliner ekip çalışmasını gerektirir (16).

### **2.9.1. Farmakolojik Tedavi**

- **Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE)**

Kalp yetersizliği hastalarında tolere edilebilen ve kontrendikasyonu mevcut olmayan durumlarda kullanılması mutlak olan ilaçlardır (10, 42). Kalp yetersizliği semptomları yaşayan ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) %40 ve altında olan hastalarda kullanılması tavsiye edilir (10).

- **Diüretikler**

Bu gruptaki ilaçlar pulmoner ve sistemik venöz konjesyon semptom ve bulgularının iyileştirilmesi için kullanılır. Konjesyon semptom ve bulguları olan tüm hastalarda, EF düşük olmasa da kullanılmalıdır (10).

- **Betablokerler**

Kalp yetersizliğinde sempatik sinir sisteminin aktivitesi ve plazma norepinefrin düzeyleri artmıştır. Betabloker ilaçlar kardiyotoksik etkilere sebep olabilen bu nörohormonal bozukluğu ve apoptozu engellemede yarar sağlarlar (39).

- **Aldosteron antagonistleri**

Bu ilaçlar, tolere edebilen ve kontrendikasyon durumu olmayan sol ventrikül EF'si %35 ve altında olan, böbrek işlev bozukluğu olmayan hastaların tedavisine düşük dozda eklenebilir (10).

- **Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)**

ACE inhibitörlerinin tolere edemeyen hastalarda alternatif olarak kullanıldığında kardiyovasküler sebeplere bağlı ölümlerin ve KY'nin kötüleşmesi sebebiyle hastaneye yatışların azaldığı görülür (10, 39).

- **Digoxin**

Atriyal fibrilasyonu olan ve sol ventrikül EF'si %40 ve altı olan hastalarda betablokere ek olarak kullanılır (10).

### **2.9.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi**

Hastaların KY tedavisinden en üst seviyede yarar alabilmeleri için KY'nin doğası ve nedenleri ile ilgili bilgilerinin yüksek olması gerekir. Bireylerin doğru yaşam şekli değişimlerine uyum sağlamaları için semptomlar konusunda bilgi sahibi olmaları, diyetlerindeki tuz ve sıvı kısıtlamalarına uymaları ve ilaçlarını düzenli kullanmaları önemlidir. Farmakolojik olmayan tedavi bu konuları içermelidir (44, 55).

- **Diyet ve Beslenme**

Kalp yetersizliğinde beslenmede temel hedef, zayıflamış olan kalbin daha fazla zorlanmasının önüne geçmektir (22). Kalp yetersizliği hastalarındaki diyet programı, optimal vücut ağırlığı amaçlanarak planlanmalıdır. Doğal seyrin başlarında ortalama bir kilo kaybı olabilmekte ancak ilerleyen zamanla birlikte kilo kaybına engel olacak stratejilerin devreye konması gerekmektedir (22, 31, 44). Bunun için diyetle şu konulara dikkat edilir:

- Tuz kullanımı/kısıtlanması
- Sıvı alımı/kısıtlanması
- Kilo kontrolü
- Alkol kullanımı (31).

Kalp yetersizliği tedavisinde diyetle sodyum kısıtlanır (10, 22, 39). Kalp yetersizliği ile ilgili yapılan gözlemsel çalışmaların sonucuna göre diyetle sodyum alımı ile sıvı retansiyonu arasında önemli bir bağlantı olduğu ve bunun hastaneye yatışlara neden olduğu saptanmıştır (31). Bu konuda Amerikan Kalp Yetersizliği Derneği, KY hastalarında günlük sodyum alımının 2- 3 gr olmasını önermektedir. AHA de günlük tuz alımının kardiyak öyküsü olan tüm bireylerde 1.5-3 gr arasında olmasını önermektedir

(61). Sıvı alımı serbesttir ancak hastalığın ileri döneminde sıvı atılımında bozukluk yaşanmasına bağlı kısıtlanabilir (10, 22, 39).

- **İlaçların Kullanımı**

Kalp yetersizliği hastaları kullanmaları gereken ilaçları uygun dozda, zamanında ve uygun sürede almaları gerekir. Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç kullanımına uyumlarının araştırıldığı bir çalışmada hastaların uyumunun %2'-%90'a kadar değiştiği belirlenmiştir (10).

- **Sigara ve Alkol Kullanımı**

Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir nedendir. Alkol kullanımı ise negatif inotropik etki yaptığı için arter kan basıncında artışa ve aritmilere neden olabilmektedir (10, 14).

- **Aktivite ve Egzersiz**

Kalp hastalarında fiziksel aktivite eksikliği hastalığın ilerlemesine neden olabilmektedir. AHA ve ESC hastanın kendisine özel egzersiz programı hazırlanarak tedavisine ilave edilmesini önermektedir (10, 14).

- **Semptomların Tanınması**

Hastaların durumlarının kötüye gidip gitmediğini anlamaları için hastalıklarının semptomlarını tanımaları gerekir. Hastalar genelde sağlık bakımı almak için geç kalırlar. Bu geç kalma nedenleri arasında semptomları rutin olarak izlememeleri ya da bunu nasıl yapacaklarını bilmemeleri yer alır. Hastalar günlük kilo takibi yapmalı, anormal bir durumda sağlık ekibine başvuracak bilgiye sahip olmalı, sodyum kısıtlamasını nasıl yapacaklarını bilmeleri gerekir. Hastaya üç gün içinde birdenbire iki kilogramın üzerinde artış olmasının anormal olduğu ve neler yapması gerektiği öğretilmelidir (10, 44).

## **2.10. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı**

Kalp yetersizliği ilaçlarla, implante araçlarla veya diğer tedavilerle tek başına tedavi edilemediği için hastaların yaşamları boyunca bu hastalığı etkili şekilde yönetmeleri gerekir. Bu hastalar ve ailelerine danışmanlık yaparak tedaviye uyumları ile bakımlarını etkili şekilde yönetmelerinde hemşirelerin üstünde büyük sorumluluk vardır (62).

Kalp yetersizliği yönetiminde hastalar için yapılan planlamalarda hemşire genellikle ekibin işbirliği içinde çalışmasını sağlar. Hemşire hastaların bakımını, eğitimini ve öz bakım uygulamalarını koordine eder (63).

Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımının amaçları:

- Kardiyopulmoner fonksiyonları iyileştirmek
- Hastaların istirahat etmesini sağlamak
- Farmakolojik tedavinin işlevini değerlendirmek
- Hastalığa özgü diyetle uyumlarını sağlamak
- Hastaların deri bütünlüğünü korumak
- Hasta ve ailesine eğitim vermektir (31, 35).

Tüm bu kriterleri kapsayan etkin bir hemşirelik bakımıyla KY hastalarında mortalite ve morbiditede önemli derecede azalma sağlanmaktadır (63).

### **2.11. Kalp Yetersizliğinde İlaç ve Diyetle Uyum**

Uyum süreci, zihin-beden arasındaki karşılıklı etkileşimi gerektirmekte ve biyolojik, gelişimsel, psikolojik, sosyokültürel, manevi ve teknolojik olmak üzere çeşitli bölümlere ayrılmaktadır. Bu süreç bireyden bireye farklılık gösterir (10, 60). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uyumu; ilaç kullanmak, sağlık bakım uzmanından kabul edilmiş tavsiyeleri almak gibi bireyin davranışlarının bir boyutu olarak tanımlamıştır (64).

Hastalık durumu bireylerin uyumunu olumsuz etkiler (10). Çünkü hastalık fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yaşamı etkiler, beden bütünlüğünü tehdit eder (60). Bu durumda tedaviye uyum çok önemlidir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyumda hastalığın gidişatını etkileyebilmektedir. Tedaviye uyumda tedaviye bağlı yaşanan sorunların düzeltilmesi önemlidir (10).

Dünya Sağlık Örgütü tedavi uyumsuzluğu birbirini izleyen en az iki ay boyunca veya bir yıllık süreçte üç veya daha fazla sürede sağlık kontrollerine gitmeme olarak tanımlamıştır (60). Genel olarak tedaviye uyumsuzluğun ana sebepleri; hastalık semptomları azaldıktan sonra ilaç kullanımının bırakılması, ilaç kullanmanın unutulması, bilgi eksikliği, tedavi planının karmaşık olmasıdır (60, 65). Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum oranlarının %50'nin altında olduğunu saptamıştır (64). Bunun içinde KY hastalarını tedaviye uyumlarının %20-60 arasında olduğu belirlenmiştir (31).



Son zamanlarda KY'nin tedavisinde görülen gelişmelerle bireylerin yaşam süresi artmıştır. Bundan dolayı KY'li hasta sayısında da artma vardır. Bu uzun ömüre rağmen KY'li hastalarda hastaneye yatıştan sonra ölüm oranlarının %50 olduğu görülmüştür (55, 63). Tahminlere göre 2030 yılına kadar KY görülmesi %127 artarak %69.7 olabilir. Bu yüzden bu hastalık kişilerin hastalık hakkında bilgilendirilmesini, kişilerin yaşam şekillerini değiştirerek hastalığa uyum sağlamalarını gerektirmektedir (10, 43). Yapılan çalışmalar sonucuna göre hastaneye yeniden yatışların sebepleri arasında ilaca uyumsuzluğun %24, sıvı kısıtlaması ve diyet tedavisine uyumsuzluğun %24 olduğu görülmüştür (62, 71).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; KY'li hastaların egzersiz-dinlenme, ilaçları alma şekli, kilo izlemi ve diyetle uyum konularında hastaların davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Bunları yeterli yapamaması da hastaneye yatış sıklığını ve hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (10).

Kalp yetersizliği sebep olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların karmaşasından dolayı tedavisi ve bakımı oldukça karmaşık bir hastalıktır (10). Hastaneye yatışın esas hedefleri hastaların stabilizelerini sağlamak ve hastanın evinde hastalığa nasıl uygun yaşayacaklarını planlayıp öğretmektir. Kalp yetersizliği için hastaneye yatış sonrası hastalığa spesifik yaklaşımın faydaları açıkça çalışmalarda belirtilmiştir (44).

### **2.13. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin kendi yaşamına ilişkin sübjektif doyumunu olarak tanımlanmaktadır (60, 72). Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, emosyonel durumlardaki iyilik halini değerlendirip, sağlık durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirir (32, 60).

Son yıllarda; hayat şartlarının iyileşmesi, bulaşıcı hastalıkların yönetimi, tıptaki gelişmeler ve nüfusun yaşlanması gibi sebeplerden dolayı kronik hastalıkların oranında artış görülmüştür. Kronik hastalıklar, semptomları kötüleştirip, iyi yaşam koşullarını sınırlandırdıkları için bireylerin yaşam şeklinde değişikliklere sebep olur. Tüm bunlarda kişilerin yaşam kalitesini önemli derecede azaltarak, sağlık giderlerinin artmasına neden olurlar (60).

Kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar önemli yer tutar. Çünkü bu hastalıkların yüksek mortalite oranlarının olması, yaşam kalitesinde azalmaya sebep

olması, sosyal ve ekonomik maliyeti gibi olumsuz etkileri vardır. Türkiye’de kardiyovasküler sistem hastalıklarının tüm ölümlerin %42’sinin sebebi olduğu saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalıklarda hastalığın seyrine bireylerin demografik ve klinik özelliklerinin de ilave edilmesiyle yaşam kalitesinin olumsuz etkilenebildiği bilinmektedir (72). Bu hastalıklar arasında bireylerin yaşam kalitesini en çok etkileyen KY’dir (60). Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi diğer birçok kronik hastalığa göre önemli derecede daha düşük seyrederek (73). Yürütülen bir çalışmanın sonucuna göre yaşam kalitesinin kalp yetersizliğinde önemli bir yere sahip olduğu görülmüştür (74). Kalp yetersizliği hastalarının büyük bir çoğunluğunun düşük bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür (75, 76).

Kalp yetersizliği hastalarında tedaviye uyum çok önemlidir. Tedaviye uyumsuzluk ve öz bakımlarına dikkat etmemeleri hastaneye yatış sıklığını artırıp, yaşam kalitesini düşürür (77).

Kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada yaş ve cinsiyetin olumsuz etkisi olduğu, eğitim ve egzersizin de olumlu etkisi olduğu görülmüştür (77). Başka bir çalışmanın sonucuna göre de KY’si olan genç hastaların yaşam kalitesinin yaşlı hastalara oranla daha düşük olduğu görülmüştür (73). Yapılan çalışmalarda KY hastalarına hastalıkları ile ilgili eğitim verildiğinde hastaneye yatışların azaldığı, yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır (10, 33).

Kalp yetersizliği kötü prognoz ve sık hastaneye yatışlardan dolayı düşük yaşam kalitesine neden olur (78, 79). Bu sebeplerden dolayı KY’nin tedavisindeki amaç semptomları doğru bir şekilde yöneterek yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olmalıdır (80). Hastanedeki ilaç tedavisinin yanı sıra nonfarmakolojik tedavilerin tümü yaşam kalitesini arttırmaya yönelik planlanmalıdır (74).

### 3. MATERYAL VE METOD

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ilişkisel tipte yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Temmuz 2015 - Temmuz 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 15 yataklı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve 26 yataklı Kardiyoloji Servisinde yapılmıştır. Kardiyoloji Anabilim Dalı çatısı altındaki bu birimlerde toplamda 6 öğretim üyesi ve 19'u yoğun bakımda 11'i serviste olmak üzere 30 hemşire çalışmaktadır. Yataklar hemen hemen her zaman doludur.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini en az 6 ay önce KY ile tanılanmış, daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan 379 yetişkin hasta oluşturmuştur.

Örnekleme ise, evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanarak belirlenen 161 hasta oluşturmuştur. Ancak araştırma, hata payını azaltmak amacıyla 170 hasta ile tamamlanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evren

n: Örneklem

t: Tablo değeri

p: Görülme sıklığı

q: Görülme sıklığı

#### Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- İletişim problemi olmamak

Örneklemedeki hastalar araştırmacının klinikte olduğu arşamba ve cuma günleri araştırma kriterlerine uyan evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri Aralık 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Anketi, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar leği (DUHI), İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar leği (İUHI) ve Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam leği (MLHFQ) kullanılmıştır. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hasta odalarında sessiz bir ortam sağlanarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Her bir hasta ile görüşme yaklaşık 10-15 dakika srmştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların sosyo-demografik ve sağlık-hastalık durumları ile ilgili soruları kapsayan Anket Formu, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar leği (DUHI), İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar leği (İUHI) ve Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam leği (MLHFQ) kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Hasta Tanıtım Anketi (Ek 2)**

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu hasta sosyo-demografik özelliklerini ve sağlık-hastalık ile ilgili özellikleri sorgulayan 12 ifadeden oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Diyete Uyum Hakkında İnançlar leği (DUHI) (Ek 3)**

Diyete Uyum Hakkında İnançlar leği 2000 yılında Bennett ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 5’li likert tipte olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Oğuz ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek, düz ve ters kodlamalı maddelerden oluşmaktadır. Bunlardan 11 madde düz kodlamalı, 2. madde ters kodlamalıdır. Ölçek yarar ve engel algısı olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12. maddeler yarar algısını, 6, 7, 8, 9, 10. maddeler engel algısını göstermektedir. Yarar alt boyutunun toplam en yüksek puanı 35 iken en düşük puanı 7’dir. Engel algısının toplam en yüksek puanı 25 iken en düşük puanı 5’tir. Ölçeğin toplamda aldığı en yüksek puan 60, en düşük puan ise 12’dir. Yarar alt boyutunda yüksek puan yapılan davranışla yararın daha fazla algılandığını gösterir. Engel alt boyutunda

yüksek puan ise bir davranış yaparken kişinin daha çok engelleri algıladığını gösterir. Ölçeğin yarar alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0.71, engel alt boyutunun ise 0.58 olarak bulunmuştur (81).

Bu araştırmada Diyete Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği yarar alt boyutu cronbach alfa değeri 0.75, engel alt boyutu cronbach alfa değeri 0.43 olarak bulunmuştur.

### **3.5.3. İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (İUHİÖ) (Ek 4)**

İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği 2000 yılında Bennett ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 5'li likert tipte olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Oğuz ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek, düz ve ters kodlamalı maddelerden oluşmaktadır. Bunlardan 11 madde düz kodlamalı, 9. madde ters kodlamalıdır. Ölçeğin yarar ve engel algısı olmak üzere iki alt boyutu vardır. 1, 2, 7, 9, 10, 11. maddeler yarar algısını, 3, 4, 5, 6, 8, 12. maddeler engel algısını göstermektedir. Yarar ve engel algısı alt boyutlarının en yüksek toplam puanı 30, en düşük 6'dır. Ölçeğin toplamda aldığı en yüksek puan 60, en düşük puan ise 12'dir. Yarar alt boyutunda yüksek puan yapılan davranışla yararın daha fazla algılandığını gösterir. Engel alt boyutunda yüksek puan ise bir davranış yaparken kişinin daha çok engelleri algıladığını gösterir. Ölçeğin yarar alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0.74, engel alt boyutunun ise 0.59 olarak bulunmuştur (81).

Bu araştırmada İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği yarar alt boyutu cronbach alfa değeri 0.80, engel alt boyutu cronbach alfa değeri 0.62 olarak bulunmuştur.

### **3.5.4. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ) (Ek 5)**

Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği, Rector ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özdemir tarafından 2009 tarihinde yapılmıştır (25). Ölçek, 0(hayır)'dan 5(çok fazla)'e derecelendirilen 5'li likert tipte puanlamaya sahiptir. Ölçek, "fiziksel fonksiyon" ve "emosyonel boyut" olmak üzere 2 alt boyutu inceleyen 21 ifadeden oluşmaktadır. Sorularda 8'i (2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13) fiziksel fonksiyon boyutunu, 5'i (17, 18, 19, 20, 21) emosyonel boyutu oluşturmaktadır. Alt boyutları oluşturan ifadeler verilen cevapların toplamı alt boyut puanlarını, tüm 21 ifadeye verilen cevapların toplamı ise 0-105 arasında değişen toplam puanı vermektedir. Fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 0-40 arasında, emosyonel alt boyut puanı ise 0-25 arasında değişmektedir. Ölçeğin cronbach alfa

değerleri ölçekte bulunan iki boyut ve ölçeğin tümü için 0.70'in üzerindedir. Ölçekte düşük puan düşük disfonksiyonu göstermekte olup buda iyi yaşam kalitesini belirtir (72).

Bu araştırmada, Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği fiziksel alt boyutu için 0.88, emosyonel alt boyutu için 0.86, ölçek toplamı için 0.90 cronbach alfa değerleri bulunmuştur.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

- KY olan hastaların hastaneye yeniden yatış özellikleri
- Yaşam kalitesi durumları

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

- Hastaların tanıtıcı özellikleri
- KY olan hastaların ilaç ve diyet uyumları

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Packet for the Social Science) 17.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzde ve ortalama analizleri kullanıldı. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği, İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği ve Diyet Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin saptanması için korelasyon analizi kullanıldı. Kullanılan ölçeklerin toplam ve alt boyut puan ortalamalarının sosyo-demografik ve hastalık durumları ile ilgili karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi, Mann-Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis analizleri kullanıldı. Yanılgı düzeyi  $p < 0.05$  olarak alındı.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndan yazılı izin (**EK-6**) ile İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan etik onay (**EK-7**) alındı. Araştırmada veri toplamada kullanılan Diyet Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği ve İlaça uyum Hakkında İnançlar Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Oğuz'dan yazılı izin (**EK-8**) alınmıştır. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Özdemir'den (**EK-9**) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara çalışma hakkında bilgi verilip, elde edilen verilerin gizli tutulacağı, araştırmaya katılımın gönüllü olacağı açıklandıktan sonra izinleri alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği**

Bu araştırmanın sınırlılığı olasılıksız rastlantısal yöntemin kullanılmasıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları araştırma kapsamındaki hastalara genellenebilir.

## 4. BULGULAR

Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyete uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Sosyo-demografik zelliklerine Göre Dağılımı (n: 170)

Sosyo-demografik zellikler	S	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	87	51.2
Erkek	83	48.8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	126	74.1
Bekar	44	25.9
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	81	47.6
İlköğretim mezunu	71	41.8
Lise ve niversite	18	10.6
<b>alışma Durumu</b>		
alışıyor	84	49.4
Çalışmıyor	86	50.6
<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
Gelir gidere göre az	31	18.2
Gelir gidere göre eşit	91	53.5
Gelir gidere göre fazla	48	28.3
<b>Yaş</b>	$\bar{X}\pm SS$	
	67.92±11.24	

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 67.92±11.24 yıl, %51.2'sinin kadın, %74.1'inin evli, %47.6'sının okur-yazar olmadığı, %50.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı ve %53.5'inin gelir durumunun orta seviyede olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Hastaların Hastalık Özellikleri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n: 170)

Hastalık Özellikleri	S	%
<b>NYHA Sınıflaması</b>		
II	92	54.1
III	78	45.9
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
Normal	50	29.4
Fazla kilolu	85	50.0
Obez	35	20.6
<b>Hastalık Süresi</b>		
6-12 ay	31	18.2
13-24 ay	16	9.4
25 ay ve üzeri	123	72.4
<b>Yatış Sayısı</b>		
2-4 kez	109	64.2
5-7 kez	30	17.6
8 ve üzeri	31	18.2
<b>Bir Önceki Yatış Zamanı</b>		
0-6 ay önce	102	60.0
7-12 ay önce	40	23.5
13 ay ve üzeri	28	16.5

Araştırmaya katılan hastaların %54.1'inin NYHA sınıflamasının II olduğu, %50'sinin fazla kilolu, %72.4'ünün hastalık süresinin 25 ay ve üstü, %64.1'inin hastaneye 2-4 kez arasında yatış yaptığı ve %60'ının bir önceki yatış zamanından en fazla 6 ay geçtiği tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Hastaların DUHIÖ, İUHIÖ ve MLHFQ Puan Ortalamalarının Dağılımı  
(n: 170)

Ölçekler	Ölçekten		Ölçekten		$\bar{X}\pm SS$
	Alınabilecek	Alınan	Min	Max	
<b>Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği</b>					
Yarar alt boyutu	7	35	11	35	21.60±4.33
Engel alt boyutu	5	25	5	28	11.18±3.53
<b>İlaca Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği</b>					
Yarar alt boyutu	6	30	6	30	21.70±3.67
Engel alt boyutu	6	30	8	27	18.43±3.90
<b>Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Ölçeği</b>					
Fiziksel alt boyutu	0	40	11	39	30.18±5.85
Emosyonel alt boyutu	0	25	0	24	9.19±6.35
Toplam puan	0	105	19	95	58.05±15.62

Araştırma kapsamındaki hastaların DUHIÖ yarar alt boyutundan 21.60±4.33 puan (min 11, max 35), engel alt boyutundan 11.18±3.53 (min 5, max 28) puan aldıkları tespit edilmiştir. Hastaların İUHIÖ yarar alt boyutundan 21.70±3.67 puan, engel alt boyutundan 18.43±3.90 puan aldıkları tespit edilmiştir. Hastaların MLHFQ fiziksel alt boyutundan 30.18±5.85 puan (min 11, max 39), emosyonel alt boyutundan 9.19±6.35 puan (min 0, max 24), toplamda 58.05±15.62 (min 19, max 95) puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Hastaların NYHA Sınıflaması ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

NYHA Sınıflaması	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği		İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	
	Yarar boyutu	Engel boyutu	Yarar boyutu	Engel boyutu
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>II</b>	22.07±4.65	11.25±3.43	22.23±3.83	17.23±3.94
<b>III</b>	21.05±3.89	11.11±3.67	21.07±3.39	19.84±3.36
<b>Test</b>	t= 1.541	t= 0.247	t= 2.074	t= -4.589
<b>Anlamlılık</b>	p= .125	p= .805	<b>p= .040</b>	<b>p= .000</b>

Hastaların NYHA sınıflamasına göre DUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında genel olarak NYHA II'lerin puanları daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Hastaların NYHA sınıflamasına göre İUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Hastaların NYHA Sınıflaması ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

NYHA Sınıflaması	Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği		
	Fiziksel boyut	Emosyonel boyut	Toplam puan
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>II</b>	27.14±5.61	6.23±5.17	49.73±13.16
<b>III</b>	33.78±3.73	12.67±5.84	67.85±12.30
<b>Test</b>	t= -8.911	t= -7.617	t= -9.214
<b>Anlamlılık</b>	<b>p= .000</b>	<b>p= .000</b>	<b>p= .000</b>

Hastaların NYHA sınıflamasına göre MLHFQ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak ileri derecede önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sınıf II'lerin Sınıf III'lere göre puan ortalamalarının daha

düşük olduğu görülmüştür. Düşük puan düşük disfonksiyonu yani yüksek yaşam kalitesini göstermektedir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Hastaların BKİ ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması  
(n: 170)

	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği		İlaca Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	
	Yarar boyutu	Engel boyutu	Yarar boyutu	Engel boyutu
<b>BKİ</b>	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>Normal kilolu</b>	22.16±4.75	11.08±4.28	22.68±3.33	17.54±4.20
<b>Fazla kilolu</b>	21.25±4.33	11.34±3.22	21.24±3.78	18.88±3.75
<b>Obez</b>	21.65±3.71	10.97±3.12	21.42±3.69	18.62±3.70
<b>Test</b>	F= 0.680	F= 0.167	F= 2.564	F= 1.936
<b>Anlamlılık</b>	p= .508	p= .846	p= .080	p= .147

Hastaların BKİ puan ortalamalarına göre DUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında normal kiloluların yarar alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları, fazla kilolu hastalarında engel alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).

Hastaların BKİ puan ortalamalarına göre İUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında normal kilolu hastaların yarar alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları fazla kilolu hastaların engel alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7.** Hastaların BKİ ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

<b>Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği</b>			
	<b>Fiziksel boyut</b>	<b>Emosyonel boyut</b>	<b>Toplam puan</b>
<b>BKİ</b>	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>Normal kilolu</b>	29.80±6.74	8.48±6.62	56.76±18.19
<b>Fazla kilolu</b>	29.32±5.57	9.18±6.54	56.67±15.04
<b>Obez</b>	32.82±4.38	10.22±5.46	63.25±11.95
<b>Test</b>	F= 4.783	F= 0.778	F= 2.487
<b>Anlamlılık</b>	<b>p= .010</b>	p= .461	p= .086

Hastaların BKİ puan ortalamalarına göre MLHFQ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında obez hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş ancak sadece fiziksel alt boyutta gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Hastaların Hastalık Süresi ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

	<b>Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği</b>		<b>İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği</b>	
	<b>Yarar boyutu</b>	<b>Engel boyutu</b>	<b>Yarar boyutu</b>	<b>Engel boyutu</b>
<b>Hastalık Süresi</b>	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>6-12 ay</b>	22.45±4.32	11.64±4.73	21.70±2.90	17.80±3.42
<b>13-24 ay</b>	24.25±5.10	10.12±1.99	22.81±4.67	15.81±3.78
<b>25 ay ve üzeri</b>	21.04±4.10	11.21±3.33	21.56±3.71	18.93±3.89
<b>Test</b>	KW= 7.823	KW= 0.926	KW= 1.567	KW= 11.224
<b>Anlamlılık</b>	<b>p= .020</b>	p= .629	p= .457	<b>p= .004</b>

Hastaların hastalık sürelerine göre DUHIÖ yarar ve engel alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın yarar alt boyutunda istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 4.8).

Hastaların hastalık sürelerine göre İUHİÖ yarar ve engel alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın engel alt boyutunda istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.9.** Hastaların Hastalık Süresi ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması  
(n: 170)

<b>Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği</b>			
	<b>Fiziksel boyut</b>	<b>Emosyonel boyut</b>	<b>Toplam puan</b>
<b>Hastalık Süresi</b>	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>6-12 ay</b>	29.90±6.23	10.38±6.40	59.70±17.16
<b>13-24 ay</b>	27.18±6.93	6.87±7.50	51.06±17.0
<b>25 ay ve üzeri</b>	30.65±5.53	9.12±6.15	58.54±14.93
<b>Test</b>	KW= 4.055	KW= 4.011	KW= 3.648
<b>Anlamlılık</b>	p= .132	p= .135	p= .161

Hastaların hastalık teşhis sürelerine göre MLHFQ toplam puan ile fiziksel ve emosyonel alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Araştırmada hastalık teşhis sürelerinin 6-12 ay arasında olan hastaların ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu da hastalık teşhis sürelerinin 6-12 ay arasında olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 4.9).

**Tablo 4.10.** Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği		İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	
	Yarar boyutu	Engel boyutu	Yarar boyutu	Engel boyutu
Hastaneye Yatış Sayısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>2-4 kez</b>	21.85±4.08	11.18±3.62	22.00±3.30	17.99±3.79
<b>5-7 kez</b>	22.70±5.25	10.93±3.43	22.36±3.98	18.63±4.30
<b>8 ve üzeri</b>	19.67±3.73	11.45±3.38	20.00±4.20	19.80±3.67
<b>Test</b>	F= 4.361	F= 0.162	F= 4.361	F= 2.711
<b>Anlamlılık</b>	p= <b>.014</b>	p= .850	p= <b>.014</b>	p= .069

Hastaların hastaneye yatış sayılarına göre DUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında yarar alt boyutunda gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hastaların hastaneye yatış sayılarına göre İUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında yarar alt boyutunda gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.10).

**Tablo 4.11.** Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

	Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği		
	Fiziksel boyut	Emosyonel boyut	Toplam puan
Hastaneye Yatış Sayısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>2-4 kez</b>	29.43±6.00	8.62±6.30	55.64±15.99
<b>5-7 kez</b>	30.53±6.46	8.63±6.23	57.96±14.40
<b>8 ve üzeri</b>	32.51±3.90	11.74±6.20	66.61±12.57
<b>Test</b>	F= 3.51	F= 3.126	F= 6.321
<b>Anlamlılık</b>	p= <b>.032</b>	p= <b>.046</b>	p= <b>.002</b>

Hastaların hastaneye yatış sayılarına göre MLHFQ toplam puan ile fiziksel ve emosyonel alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Hastaneye yatış sayısının arttıkça puan ortalamalarının da arttığı görülmüş, bu da hastaneye yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir (Tablo 4.11).

**Tablo 4.12.** Hastaların Bir Önceki Yatış Zamanı ile DUHIÖ ve İUHIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği		İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	
	Yarar boyutu	Engel boyutu	Yarar boyutu	Engel boyutu
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>Bir Önceki Yatış Zamanı</b>				
<b>0-6 ay önce</b>	21.44±4.19	11.38±3.76	21.32±3.38	18.93±3.56
<b>7-12 ay önce</b>	21.77±4.15	11.10±3.42	22.47±3.22	17.20±4.13
<b>13 ay ve üzeri</b>	21.96±5.17	10.60±2.79	22.00±5.01	18.39±4.45
<b>Test</b>	F= 0.198	F= 0.542	F= 1.527	F= 2.891
<b>Anlamlılık</b>	p= .821	p= .583	p= .220	p= .058

Hastaların bir önceki yatış zamanı ile DUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Yarar alt boyutunda 13 ay ve üzeri zaman geçenlerin daha yüksek puanı olduğu, engel alt boyutunda ise 0-6 ay zaman geçenlerin daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların bir önceki yatış zamanı ile İUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Yarar alt boyutunda 7-12 ay zaman geçenlerin daha yüksek puanı olduğu, engel alt boyutunda ise 0-6 ay zaman geçenlerin daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.12).

**Tablo 4.13.** Hastaların Bir Önceki Yatış Zamanı ile MLHFQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 170)

	<b>Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği</b>		
	<b>Fiziksel boyut</b>	<b>Emosyonel boyut</b>	<b>Toplam puan</b>
<b>Bir Önceki Yatış Zamanı</b>	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
<b>0-6 ay önce</b>	31.47±5.02	10.49±6.45	62.25±14.83
<b>7-12 ay önce</b>	28.60±6.24	7.70±5.31	53.00±13.87
<b>13 ay ve üzeri</b>	27.78±6.96	6.60±6.27	49.96±15.97
<b>Test</b>	F= 6.690	F= 5.870	F= 10.609
<b>Anlamlılık</b>	<b>p= .002</b>	<b>p= .003</b>	<b>p= .000</b>

Hastaların bir önceki yatış zamanı ile MLHFQ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın hem alt boyut puan ortalamalarında hem de toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Bir önceki yatış zamanları 0-6 ay arasında olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bu da daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını gösterir. Buradan da hastaneye yatış zamanları arasında geçen süre kısaldıkça yaşam kalitelerinin de düştüğü görülmektedir (Tablo 4.13)

**Tablo 4.14.** Hastaların MLHFQ İle DUHIÖ ve İUHIÖ Arasındaki İlişki (n: 170)

	Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği		İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği		Minnesota Kalp Yetersizliği İle Yaşam Ölçeği		
	Yarar boyutu	Engel boyutu	Yarar boyutu	Engel boyutu	Fiziksel boyut	Emosyonel boyut	Toplam puan
<b>Diyete Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği</b>	<b>r</b>	<b>r</b>	<b>r</b>	<b>r</b>	<b>r</b>	<b>r</b>	<b>r</b>
Yarar alt boyutu	1	-.405***	.382***	-.408***	-.108	-.062	-.078
Engel alt boyutu	-.405***	1	.111	.222**	.075	.137	.148
<b>İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği</b>							
Yarar alt boyutu	.382***	-.111	1	-.397***	-.260**	-.257**	-.280***
Engel alt boyutu	-.408***	.222**	-.397***	1	.264**	.338***	.308***
<b>Minnesota Kalp Yetersizliği İle Yaşam Ölçeği</b>							
Fiziksel alt boyut	-.108	.075	-.260**	.264**	1	.541***	.848***
Emosyonel alt boyut	-.062	.137	-.257**	.338***	.541***	1	.855***
Toplam puan	-.078	.148	-.280***	.308***	.848*	.855*	1

\*\*\*p&lt;0.001, \*\*p&lt;0.01

Hastaların DUHIÖ yarar ve engel alt boyutları ile İUHIÖ yarar ve engel alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, DUHIÖ yarar alt boyutu ile İUHIÖ yarar alt boyutu arasında pozitif yönde, İUHIÖ engel alt boyutu ile de negatif yönde istatistiksel olarak ileri derecede önemlilik saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DUHIÖ engel alt boyutu ile İUHIÖ engel alt boyutu arasında da istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki ( $p<0.01$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14).

Hastaların DUHIÖ ile MLHFQ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ilişkinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu ( $p>0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14).

Hastaların İUHIÖ ile MLHFQ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. İUHIÖ yarar alt boyutu ile MLHFQ fiziksel alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ). İUHIÖ yarar alt boyutu ile MLHFQ emosyonel alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ). İUHIÖ yarar alt boyutu ile MLHFQ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri derecede önemli ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ). İUHIÖ engel alt boyutu ile MLHFQ alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede önemli ilişki ( $p<0.001$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14).

Hastaların DUHIÖ alt boyutlarından aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde yarar ve engel alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri derecede önemli ilişki ( $p<0.001$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14).

Hastaların İUHIÖ alt boyutlarından aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde yarar ve engel alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri derecede önemli ilişki ( $p<0.001$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14).

Hastaların MLHFQ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde her iki alt boyut ve toplam puan arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede önemli ilişki ( $p<0.001$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14).

## 5. TARTIŞMA

Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyete uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma sonucunda hastalar DUHIÖ yarar alt boyutundan  $21.60\pm 4.33$ , engel alt boyutundan  $11.18\pm 3.53$  puan almışlardır. Hastaların diyete uyumda yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri saptanmıştır (Tablo 4.3). Sönmez'in yaptığı çalışmada hastalar DUHIÖ yarar alt boyutundan  $21.41\pm 5.08$ , engel alt boyutundan  $13.49\pm 3.74$  puan almıştır (82). Araştırmamız sonuçları Sönmez'in araştırmasıyla benzerlik göstermektedir. Kalp yetersizliği hastalarında tuzdan kısıtlı diyetin başta ödem olmak üzere hastaların yaşadıkları şikayetlerde azalma sağlaması, hastaların diyete uyumda yarar davranışlarını benimsedikleri düşünölmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların İUHIÖ yarar alt boyutundan  $21.70\pm 3.67$ , engel alt boyutundan  $18.43\pm 3.90$  puan aldıkları görölmüştür. Hastaların yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri saptanmıştır (Tablo 4.3). Sönmez'in yaptığı çalışma sonucunda hastalar İUHIÖ yarar alt boyutundan  $18.81\pm 4.81$ , engel alt boyutundan  $20.14\pm 5.51$  puan almışlardır. Araştırmamızın aksine Sönmez'in yaptığı çalışma sonucunda hastaların ilaca uyumlarında daha çok engelleri benimsedikleri saptanmıştır (82). Araştırmamızın sonucunda yapılan diğer araştırmalarla benzer sonuçlara ulaşılmıştır (83, 84). Hastaların yaşadıkları semptomlara ilaç tedavisinin hemen etki göstermesinden dolayı hastaların ilaç tedavisine uyumda yarar davranışlarını benimsedikleri düşünölebilir. Hastaların taburcu olurken kendisine anlatılanları anlamaması veya dinlememesi, yan etki yaşamaktan korkmaları gibi sebeplerden dolayı ilaca uyumlarının zayıf olduğu düşünölmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların MLHFQ fiziksel alt boyut puan ortalaması yüksek ( $30.18\pm 5.85$ ), emosyonel alt boyut puan ortalaması orta seviyede  $9.19\pm 6.35$ , toplam puanın ortalamasının biraz üstünde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Özdemir yaptığı çalışmada fiziksel alt boyut puanını yüksek ( $33.37\pm 6.13$ ), emosyonel alt boyut puanını orta ( $13.96\pm 5.39$ ) ve toplam puanı ortalamasının üstünde ( $67.36\pm 14.31$ ) saptamıştır (85). Ölçekten alınan yüksek puan düşük yaşam kalitesini göstermektedir. Bu bulgulara bakarak KY hastalarının yaşam kalitelerinin özellikle fiziksel fonksiyonlarında düşük olduğu söylenebilir. Barutçu araştırmasında hastaların yaşam kalitelerini orta seviyede bulmuştur (86). Araştırmamızda yapılan başka çalışmaların sonuçlarına benzer

sonuçlara ulaşılmıştır (75, 87, 88). Hastaların yaşadıkları semptomları tanılamada yetersiz kalmaları ve sağlık merkezlerine başvurmada gecikmelerinden dolayı hastaların semptomlarının ağırlaştığı ve bunun da yaşam kalitelerini düşmesine sebep olduğu söylenebilir.

Araştırma sonucunda hastaların NYHA sınıflamasına göre diyetle uyumları arasında gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.4). Sönmez'in yaptığı çalışma da diyetle uyumla NYHA sınıflaması arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Sönmez sınıf III KY hastalarının sınıf IV'lere göre diyetlerine daha uyumlu olduklarını saptamıştır (82). Araştırma sonuçlarımızda buna benzer çıkmış olup, sınıf II'lerin sınıf III hastalarına göre diyetlerine daha uyumlu oldukları görülmüştür. Literatüre göre diyetle tuz kısıtlaması semptomlarda azalma sağlayıp NYHA sınıflamasında iyileşme sağlamaktadır. Ancak bu durum hiponatremi riskini artırarak hastaneye yatışları arttırabilmektedir. Bu yüzden tuz kısıtlamasının her hastaya özgü planlanması gerektiği önerilmektedir (6). Araştırma sonucumuzun nedeni olarak, hastaların semptomlarında olan kötüleşmeyi ilaç tedavisi, sigara kullanma gibi sebeplerden kaynaklandığını düşünmeleri söylenebilir.

Araştırmamız sonucunda hastaların NYHA sınıflaması ve ilaca uyumları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.4). İlaça uyumda NYHA sınıf II olan hastaların yaptıkları davranışlarda yararları daha fazla algıladıkları görülmüş, sınıf III olan hastaların ise daha çok engelleri algıladıkları görülmüştür. Wu ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışma sonucunda kötü NYHA sınıflaması tedaviye uyumda önemli bir engel olarak saptanmıştır (30). Oğuz da yaptığı çalışma sonucunda NYHA sınıflaması ile ilaca uyum arasında anlamlılık saptamıştır. Oğuz NYHA sınıflaması III olanların ilaca uyumlarının sınıf II'lere göre daha kötü olduğunu saptamıştır (84). Araştırma sonucumuz bu sonucu desteklemektedir. İlaça uyum KY için çok önemli olmakla beraber hastalar tarafından bazen önemi yeterince anlaşılamamaktadır. Hastaların unuttuklarından ya da bilerek ilaçlarını kullanmayı bıraktıklarından semptomlarının giderek ağırlaştığı ve bu durumun sonucu olarak hastaların NYHA sınıflamasının giderek kötüleştiği düşünülebilir.

Araştırmada hastaların NYHA sınıflamasına göre yaşam kalitelerine bakıldığında gruplar farkı arasında istatistiksel olarak ileri derecede önemli olduğu ( $p<0.01$ ) saptanmıştır (Tablo 4.5). Hastaların NYHA sınıflamalarının kötüleştiği yaşam

kalitelerinin de düştüğü görülmüştür. Özdemir'in yaptığı çalışma sonucunda NYHA sınıflaması kötüleşen hastaların yaşam kalitelerinin de kötüleştiği görülmüştür (85). Karapolat ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışma sonucunda da NYHA sınıflaması kötüleştikçe hastaların yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür (89).Yapılan başka çalışmalarında sonuçlarında da NYHA sınıflaması kötüleştikçe hastaların yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (87-92). Araştırma sonucu bu çalışmalar ve literatür ile benzerlik göstermekte olup sadece Argon'un yaptığı araştırma ile benzerlik göstermemiştir. Argon ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarında yüksek NYHA sınıflamasına sahip hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu saptamıştır (93). Burada yaşanan farklılığın hastaların sosyodemografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kalp yetersizliğinde iyileşmenin tam olarak sağlanamaması, hastaların tedavilerine yeterince uyum göstermemeleri gibi nedenlerden dolayı semptomlarda ağırlaşma olmaktadır. Semptomlardaki ağırlaşmanın hastaların NYHA sınıflamasında kötüleşmeye neden olduğu düşünülmektedir. Fonksiyonel sınıflaması kötü olması nedeniyle öz bakımlarını gerçekleştiremiyor olmaları sebebiyle hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu düşünülebilir.

Araştırmamız sonucunda hastaların beden kitle indeksi ile diyet uyumları arasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu ( $p>0.05$ ) saptanmıştır. Ancak çalışmamızda hastaların %50'nin fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Özdemir yaptığı çalışmasında hastaların %41.4'ünün, Dilek de %52.6'sının fazla kilolu olduğunu saptamıştır (85, 94). Basuray ve arkadaşları yüksek beden kitle indeksine sahip erkek KY hastalarının diyetle daha fazla uyumsuz olduklarını saptamıştır (61). Ancak KY hastalarında yapılan başka bir çalışmanın sonucunda ise obez bireylerin normal kilolu bireylere göre daha az hastaneye yattığı görülmüştür (95). Obezite ve fazla kilolu olma kardiyak sistem üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Bu faktörler koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği ve ani ölümü de içeren komplikasyonlara neden olabilmektedir (96). Beden kitle indeksi  $30 \text{ kg/m}^2$  olan hastalara diyet programı hazırlanarak kilo vermeleri önerilmektedir. Araştırma sonucumuzun sebebinin, hastaların diyetlerine uymalarına rağmen kilo aldıklarını düşünmeleri olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızın sonucunda hastaların beden kitle indeksi ile ilaca uyumları arasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu ( $p>0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.6). Kalp yetersizliği hastalarında ilaç tedavisi ile tuz ve sıvı kısıtlamasına uyum davranışlarında yetersizlik olduğu bilinmektedir. Doğrudan olmamakla beraber ilaca

uyum kişilerin öz bakımlarını etkilediğinden kilo kontrolünü de etkilemektedir (10). Bunun sebebi olarak ilaç tedavisi alan hastaların kendilerini olumsuz etkileyeceğini düşündüklerinden fiziksel aktiviteden kaçınmaları olabilir. Fiziksel aktivitenin az olmasının hastalarda kilo alımına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların beden kitle indeksleri ile yaşam kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.7). Araştırmada obez bireylerin yaşam kalitesi puanı daha yüksek olmakla beraber, yüksek puan düşük yaşam kalitesini gösterdiği için obezlerin yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur. Obezitenin yaşam kalitesi üzerine olumsuz, kilo vermenin ise olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (97, 98). Ancak yapılan bazı çalışmaların sonucunda KY hastalarında BKİ ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır (85, 92, 94). Bu farklılığın hastaların sosyo-demografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma sonucumuzun nedeni olarak hastaların kilolarındaki artışın öz bakımlarında eksikliklere yol açarak semptomlarında ağırlaşmaya yol açması ve bunun da hastaların yaşam kalitelerinde düşmeye neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık süreleri ile diyete uyumları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.8). Hastalık süreleri 13-24 ay olanların diyete uyumda yararları daha çok benimsedikleri görülmüştür. Kalp yetersizliği hastalarında diyete uyumsuzluk semptomları kötüleştirmekte ve hastaların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (20). Hastalar KY tanısı aldıkları zamanın akut dönemi geçtikten sonra hastalığı kabullenmeye başladıkları zaman hastalıkla baş etmek istediklerinden kendilerine önerilen diyet programına uyum sağlamaya çalıştıkları düşünülmektedir. Ancak hastalığın ilerleyen dönemlerinde semptomlarda ağırlaşma olabilmekte, hastalar diyete uyumun artık faydalı olmadığını düşünebilmektedirler. Araştırmamızda hastalık süresi 13-24 ay olanların diyetlerine daha uyumlu bulunmalarının bu sebepten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık süreleri ile ilaca uyumları arasında istatistiksel olarak önemli fark ( $p<0.01$ ) saptanmıştır (Tablo 4.8). Araştırmamızda hastalık süresi uzadıkça ilaca uyumun zayıfladığı, hastaların engel davranışlarını daha çok benimsedikleri görülmüştür. Kalp yetersizliği hastalarında tedaviye olan uyumsuzluk hastalık süresini uzatmaktadır (20). Kalp yetersizliği semptomlarında kronikleşme olan

bir hastalıktır. Uzayan hastalık süresince ilaca uyumun azalmasının sebepleri arasında, hastaların yaşadıkları dispne, yorgunluk gibi semptomlarda ilaçların yeterli rahatlamayı sağlayamaması veya hastaların ilaç tedavisine olan inançlarının zayıflaması olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık süreleri ile yaşam kaliteleri arasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu ( $p>0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.9). Özdemir yürüttüğü çalışma sonucunda hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli fark saptamamıştır (85). Yapılan başka çalışmaların sonuçlarında da hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (93, 99). Bizim araştırmamızda bu çalışmalarla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bunun nedeninin hastaların yıllar geçtikçe yaşadıkları semptomları kabullenmeleri veya bu semptomlarla yaşamayı öğrenmeleri olduğu düşünülebilir.

Araştırmada hastaların hastaneye yatış sayıları ile diyetle uyumları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) bulunmuştur (Tablo 4.10). Hastalardan yatış sayısı 5-7 kez arasında olanların 8 ve üzeri olanlara göre daha çok diyetlerine uydukları saptanmıştır. Düşük sodyum alımının hastaneye yatışları azalttığı çalışmalarla gösterilmiştir (13, 27). Yapılan başka çalışmalar sonucunda da diyetle uyumsuzluğun hastaneye yatışları arttırdığı saptanmıştır (28, 100). Literatürde tüm bu sonuçları destekler niteliktedir (20). Hastaların etkisiz hastalık yönetimine sahip olmaları hastanelere başvurulara neden olabilmektedir. Etkisiz hastalık yönetimi arasında yer alan diyetle uymama sonucu semptomlar ağırlaşmakta ve bunun da hastaneye yatışları arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların hastaneye yatış sayıları ile ilaca uyumları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.10). Araştırmamızda hastaneye yatış sayıları daha az olanların ilaca uyumlarının daha yüksek olduğu saptandı. Sönmez yaptığı çalışmasında hastaneye yatış ile ilaca uyum arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu saptamıştır. Hastaların ilaca uyumda engel davranışlarını daha çok benimsediklerini ve bu hastaların hastaneye daha fazla yattıkları saptamıştır (82). Bizim araştırmamız sonucu da bu sonuca benzer olarak bulunmuştur. Chung ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda ilaç tedavisine uyumsuz hastalarda hastaneye yeniden yatış sayılarını daha fazla olduğunu saptamıştır (101). Yapılan başka çalışma sonuçlarında da ilaca uyumsuzluğun hastaneye yatışları arttırdığı saptanmıştır (3, 102).

Aynı zamanda tedaviye uyum sağlama öz bakımın önemli bir aşamasını oluşturmaktadır. Hastaneye yatış ile yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada öz bakımı yüksek kişilerin hastaneye yatışlarının azaldığı ve yaşam kalitelerinin yükseldiği görülmüştür (21). Kalp yetersizliği hastalarında ilaç tedavisine olan uyumun semptomlarda iyileşme sağladığından ve semptomları kontrol altında tutmada oldukça faydalı olduğundan dolayı hastaların yaşam kalitelerinin ilaca uyumdan olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastaneye yeniden yatış sayıları ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak önemli fark ( $p<0.05$ ) saptandı. Hastaneye yeniden yatışlar arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (Tablo 4.11). Zengin ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda hastaneye yatış sayısı çok olan hastaların az olan hastalara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu saptamıştır (91). Özdemir'in araştırmasında hastaneye yeniden yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (85). Yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür (36, 87, 99). Bizim çalışmamızda bu sonuçlara benzer bulgular elde edilmiştir. Hastaneye sürekli yatış yapan hastaların fiziksel ve emosyonel olarak kötü etkilendiği, bunun da hastaların günlük yaşamlarını olumsuz etkilediği düşünülebilir. Bu sebeplerin birçok soruna neden olarak hastaların yaşam kalitelerinde düşüşe yol açtığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastaların bir önceki yatış zamanı ile diyet ve ilaca uyumları arasında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu ( $p>0.05$ ) saptandı (Tablo 4.12). Yürütülen çalışmalarda taburculuktan sonra 90 gün içinde hastaneye yeniden yatış oranının %15-30 arasında olduğunu göstermiştir (8, 36). Krueger ve arkadaşları diyet ve tedaviye uyum sağlamanın hastaneye olan bu yatışları azalttığını saptamıştır (15). Bizim araştırmamızın sonucu bu araştırmanınkinden farklılık göstermektedir. Bunun hastaların sosyo-demografik özelliklerinden ve sağlık davranışlarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma sonucunda hastaların bir önceki yatış zamanları ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak önemli fark ( $p<0.01$ ) saptanmıştır. Hastaların taburcu olduktan sonra tekrar yatışları arasındaki süre kısaldıkça yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür. Araştırmamızda hastaların %60'ının 0-6 ay içinde hastaneye yeniden yattığı ve bu grubun en kötü yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.13). Sönmez'in çalışmasında da hastaların %78.8'inin 0-6 ay içinde hastaneye yeniden yatış yaptıkları

görülmüştür (82). Deek ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında hastaların %56.9'unun 90 gün içinde olduğunu saptamışlardır (103). Yapılan diğer çalışmalarda bu sonuçlara benzer sonuçlar elde edilmiştir (36, 70). Literatür araştırmasında taburculuktan hastaneye tekrar yatışa kadar geçen sürenin kısalması ve yatış sayısının artması sonucu KY hastalarında yaşam kalitesinin oldukça düştüğü görülmüştür (36, 58). Aynı zamanda hastaneye olan bu yatışlar ölüm oranlarında da artışa neden olmaktadır (70). Bizim araştırmamız yapılan araştırmalarla benzer sonuçlara ulaşmıştır. Taburculuktan sonra hastaneye tekrar yatışa kadar geçen sürenin kısa olması hastaların yaşadıkları semptomlarda normalleşmeyi yakalamalarını engelleyerek hastalıkla baş etmelerini engellediği düşünülmektedir. Bu sebeplerden dolayı hastaların fiziksel ve emosyonel olarak olumsuz etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin düştüğü düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların İUHIÖ ile MLHFQ puan ortalamaları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında hastaların ilaca uyumda yarar davranışlarını benimsediklerinde yaşam kalitelerinin de yükseldiği görülmüştür. Aynı şekilde ilaca uyumda engel davranışlarını daha çok benimseyen hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu görülmüştür (Tablo4.14). İlaç ve diyet uyumsuzluk KY hastalarında tedaviden beklenen yararı azaltmakta ve semptomlarda şiddetlenmeye neden olmaktadır. Bu uyumsuzluk yaşam kalitesini de düşürmektedir (83). Hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamalarının yaşam kaliteleri üzerine olumlu etki yaptığı görülmektedir. Kalp yetersizliğinin kronik seyirli bir hastalık olmasından dolayı hastaların tedaviye uyumları ömür boyu gerekmektedir. Hastaların ilaç tedavisinden bıkmaları ya da faydalı olduğunu düşünmemeleri gibi sebeplerden dolayı ilaçlarını kullanmayı bırakmaları semptomları ağırlaştırmakta ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu düşünülmektedir. Bunun tam aksini düşünen ve ilaca uyumlu olan hastaların bu sebeplerden dolayı yaşam kalitelerinde artış olduğu düşünülebilir.

Hastaların DUHIÖ ile MLHFQ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemsiz ilişki ( $p>0.05$ ) saptandı (Tablo 4.14). Çaloğlu yaptığı çalışma sonucunda KY hastalarında diyet uyumla yaşam kaliteleri arasında ilişki saptamamıştır (99). Bizim araştırmamızda da bu sonuçlara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan başka bir araştırmanın sonucunda diyet tuz kısıtlamasına uyumun yaşam kalitesini yükselttiği görülmüştür (67). Kalp yetersizliği hastalarının kendileri için düzenlenmiş diyet programına uyum göstermemeleri semptomlarda kötüleşmeye neden olabilmektedir. Semptomlarda olan kötüleşmenin hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği

düşünülmektedir. Ancak diyetle uyumun yaşam kalitesini böyle dolaylı olarak etkilemesi, yaşam kalitesindeki düşüşün hastalar tarafından öncelikle başka sebeplerden kaynaklandığını düşünmelerine neden olabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı diyetle uyumun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin arka planda kaldığı düşünülmektedir.

Hastaların DUHIÖ ile İUHIÖ puan ortalamaları arasında ilişkiye bakıldığında, her iki ölçeğin yarar alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki ( $p<0.01$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14). Buradan hastalardan ilaca uyumda yarar davranışlarını benimseyenlerin diyetle de yarar davranışlarını benimsediklerini göstermektedir. Diyetle uyum yarar alt boyutu ile ilaca uyum engel alt boyutu arasında da istatistiksel olarak negatif yönde önemli bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.14). Bu da hastaların diyetle uyumda yarar davranışlarını benimsemekle ilaca uyumda engel davranışlarını daha az benimsediklerini göstermektedir. Literatür araştırması sonucu ilaca ve diyetle uyumun KY hastaları için çok önemli olduğu ve beraber ele alınması gereken konular olduğu görülmüştür (6, 74). Kalp yetersizliği hastalarının ilaç ve diyet tedavilerine uyum sağlamaları tedavinin başarı sağladığı ve bunun da hastaların yaşam kalitelerinde artış sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastaların İUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarının puanlarının birbiri ile karşılaştırılmasında, iki alt boyut arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli ilişki ( $p<0.001$ ) saptanmıştır. Hastaların ilaca uyumda yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri görülmüştür (Tablo 4.14). Oğuz yaptığı çalışmada İUHIÖ yarar ve engel alt boyutları arasında önemli bir ilişki saptamamıştır (84). Araştırma sonucumuz bu sonuçla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın araştırmaya katılan hasta sayısından ve hastaların hastalık durumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastaların DUHIÖ yarar ve engel alt boyutlarının birbiri ile karşılaştırılmasında, iki alt boyut arasında negatif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki ( $p<0.001$ ) saptanmıştır. Diyetle uyumda yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri görülmüştür (Tablo 4.14). Oğuz yaptığı çalışmada DUHIÖ yarar ve engel alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptamamıştır (84). Bu farklılığın araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinden ve hasta sayısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda MLHFQ fiziksel, emosyonel alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının birbiri arasındaki ilişki incelendiğinde, üç puan ortalamasının da birbiri

arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki ( $p<0.001$ ) saptanmıştır (Tablo 4.14). Özdemir de yaptığı çalışma sonucunda iki alt boyut ve toplam puanın birbiri ile ilişkiye baktığında pozitif yönde önemli ilişki saptamıştır (85). Hastaların fiziksel ve emosyonel yönden kötüleşmelerinin günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumsuz etki yaparak birçok sorun ortaya çıkardığı bunun da yaşam kalitesini oldukça düşürdüğü düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyet uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğunun kadın, evli, okur-yazar olmadığı, herhangi bir işte çalışmadığı ve gelirin gidere eşit olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki hastaların hastalık özelliklerine bakıldığında çoğunluğunun NYHA sınıflamasının sınıf II, fazla kilolu, hastalık süresinin 25 ay ve üstü, hastaneye yatış sayılarının sekiz ve üzeri ve taburculuktan bir sonraki yatışa geçen sürenin 0-6 arasında olduğu saptanmıştır.
- Hastaların ilaç ve diyet uyumunda yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri saptanmıştır.
- Hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- İlaç ve diyet uyumlu hastaların hastaneye daha az yattıkları bulunmuştur.
- Hastaların hastaneye yatış sayıları arttıkça yaşam kalitelerinin de düştüğü saptanmıştır.
- Araştırmada ilaca uyum gösterildiğinde yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır.

**Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda hastalara şu önerilerde bulunulabilir:**

- Hastalara multidisipliner ekip çalışması ile ilaç ve diyet programları düzenlenmelidir.
- Hastaların ilaç tedavisine uyumsuzlukları değerlendirilmelidir.
- Hemşireler tarafından hastalara ilaca uyumlarını arttırabilmek için planlanmış eğitimler verilmelidir.
- Hastaların diyet programlarına uyumları değerlendirilmeli, uyumsuzluğun nedenleri öğrenilmelidir.
- Hastaya özel hazırlanan diyet programı hemşireler tarafından hastalara anlatılmalı ve hastaların uyum süreci takip edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Heart failure family-based education: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2016, 99: 326-38.
2. Rich MW. The year in quality of care in heart failure. *J Card Fail* 2011, 17(6): 443-50.
3. Dilokthornsakul P, Chaiyakunapruk N, Nimpitakpong P, Jeanpoerapong N, Sruamsiri R. The effects of medication supply on hospitalizations and health-care costs in patients with chronic heart failure. *Value Health* 2012, 15: 9-14.
4. Scherbakov N, Haeusler KG, Doehner W. Ischemic stroke and heart failure. *ESC Heart Fail* 2015, 2: 1-4
5. Blecker S, Yiyi Zhang Y, Ford DE, Guallar E, DosReis S, Steinwachs DM, Dixon LB, Daumit GL. Quality of care for heart failure among disabled Medicaid recipients with and without severe mental illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2010, 32: 255-61.
6. DiNicolantonio JJ, Chatterjee S, O'Keefe JH. Dietary salt restriction in heart failure: Where is the evidence? *Prog Cardiovasc Dis* 2016, 58: 401-6.
7. Enç N, Alkan HÖ. Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2012, 3(4): 101-9.
8. McClintock S, Mose R, Smith LF. Strategies for reducing the hospital readmission rates of heart failure patients. *J Nurse Pract* 2014, 10(6): 430-3.
9. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, Şahin M, Eroğlu E, Mutlu B, Kozan Ö. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördücüleri: happy çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2012, 40(4): 298-308.
10. Badır A. Kronik kalp yetersizliği. İçinde: Durna Z (editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2012: 147-60.
11. Prasun MA. New heart failure treatment and nursing care. *Heart Lung* 2015, 44: 367.
12. Ditewig JB, Blok H, Havers J, Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2010, 78: 297-315.

13. Doukky R, Avery E, Mangla A, Collado FM, Ibrahim Z, Poulin MF, Richardson D, Powell LH. Impact of dietary sodium restriction on heart failure outcomes. *JACC Heart Fail* 2016, 4(1): 24-35.
14. Dickstein K, Cohen-Solal A, Flippatos G, McMurray JJV, Panikowski P, Poole-Wilson PA, Strömberg A, Veldhuisen DJ, Atar D, Hoes AW, Keren A, Mebazaa A, Nieminen M, Priori SG, Swedberg K. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 esc kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2008, 3: 41-95.
15. Krueger K, Botermann L, Schorr SG, Griese-Mammen N, Laufs U, Schulz M. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2015, 184: 728-35.
16. Enç N. Kalp Yetersizliği. İçinde: Nuray Enç (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2014: 108.
17. Murphy GK, McAlister FA, Eurich DT. Cardiovascular medication utilization and adherence among heart failure patients in rural and urban areas. *Can J Cardiol* 2015, 31: 341-7.
18. Fitzgerald AA, Powers D, Ho M, Maddox TM, Petersoz PN, Allen LA, Masoudi FA, Magid DJ, Havranek EP. Impact of medication nonadherence on hospitalizations and mortality in heart failure. *J Card Fail* 2011, 17(18): 664-9.
19. Udelson JE, Pressler SJ, Bernstein JS, Massaro J, Ordranneau P, Lukas MA, Hauptman PJ. Adherence with once daily versus twice daily carvedilol in patients with heart failure: The compliance and quality of life study comparing once-daily controlled-release carvedilol CR and twice-daily immediate-release carvedilol IR in patients with heart failure trial. *J Card Fail* 2009, 15(5): 385-93.
20. Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2012, 3: 33-8.
21. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, Vellone E. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure. *Int J Nurs Stud* 2015, 52: 1714-22.
22. Meseri R. Kalp yetersizliğinde beslenme. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2014, 5(5): 438-43.
23. Rifai L, Silver MA. A Review of the dash diet as an optimal dietary plan for symptomatic heart failure. *Prog Cardiovasc Dis* 2016, 58: 548-54.

24. Colin-Ramirez E, McAlister FA, Zheng Y, Sharma S, Ezekowitz JA. Changes in dietary intake and nutritional status associated with a significant reduction in sodium intake in patients with heart failure. *Clin Nutr ESPEN* 2016, 11: 26-32.
25. Jurgens CY, Goodlin S, Dolansky M, Ahmed A, Fonarow GC, MD, Boxer R, Arena R, Blank L, Buck HG, Cranmer K, Fleg JL, Lampert RJ, Lennie TA, Lindenfeld J, Piña I, MD, Semla TP, Trebbien P, Rich MW. Heart failure management in skilled nursing facilities. *J Card Fail* 2015, 21(4): 263-99.
26. Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart Lung* 2007, 36(4): 253-61.
27. Son YJ, Lee Y, Song EK. Adherence to a sodium-restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart failure. *J Clin Nurs* 2011, 20: 3029-38.
28. Lennie TA, Son EK, Wu JR, Chung ML, Dunbar SB, Pressler SJ, Moser DK. Three gram sodium intake is associated with longer event-free survival only in patients with advanced heart failure. *J Card Fail* 2011, 17(4): 325-30.
29. Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, Dunbar SB, Chung ML, Moser DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014: 1-8.
30. Wu JR, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle, MJ, Moser DK. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart Lung* 2011, 41(2): 107-14.
31. Sezgin D, Mert H. Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıt dayalı yaklaşımlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015, 8(2): 108-18.
32. Uzun M. *Kardiyak ve Pulmoner Rehabilitasyon*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 59-350.
33. Sato Y. Multidisciplinary management of heart failure just beginning in Japan. *J Cardiol* 2015, 66: 181-8.
34. Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland JGF. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2015, 68(10): 885-91.

35. Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Özer S, Oğuz S. Kalp yetersizliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu* 2007: 11-33.
36. Kim SM, Han H. Evidence-based strategies to reduce readmission in patients with heart failure. *J Nurse Pract* 2013, 9(4): 224-32.
37. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Flippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip GYH, Maggioni AP, Parkhomenk A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindada PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 esc kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2012, 3: 77-137.
38. Sueta CA, Adams KF. Konjestif kalp yetmezliği tedavisi. İçinde: *Netter'in Kardiyolojisi*, Buğdacı MS (çeviri editörü). *Netter's Cardiology*, Runge MS, Ohman EM (eds). 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2008: 167-73.
39. Akgün G. Kalp yetmezliği. İçinde: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler). *İç Hastalıkları*, 3. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 250-68.
40. İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. *Türk Geriatri Dergisi* 2010, 2: 21-32.
41. Özcan Ö. Konjestif kalp yetmezliği. İçinde: *Current Kardiyoloji Tanı ve Tedavi*, Erol Ç, Biberoglu K, Atalar E (çeviri editörleri). *Current Diagnosis & Treatment in Cardiology*, Crawford MH. 1. Baskı, İstanbul, Güneş Kitabevleri 2006: 217-48.
42. Okay T, Erdoğan I. Kalp yetersizliği. İçinde: Erol Ç (editör). *İç Hastalıkları Kardiyoloji*, 1. Baskı. İstanbul, MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevleri 2008: 231-44.
43. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics-2015 Update. <http://circ.ahajournals.org/content/131/4/e29.extract> 10 Kasım 2015.
44. Abraham WT, Krum H. Heart Failure A Practical Approach To Treatment. Yüksel A. *Kalp Yetersizliği Tedaviye Pratik Bir Yaklaşım*, 1. Baskı. İstanbul, AND Danışmanlık 2007: 9-169.
45. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması 2012. [http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=1&KITAP\\_ID=223](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223) 13 Ekim 2015.
46. Enar R. Temel Kalp Yetersizliği, [http://rasimenar.com/bilgiler/kitaplar/kalpyetersizligi/kalpyetersizligikitabi\\_kisim1.pdf](http://rasimenar.com/bilgiler/kitaplar/kalpyetersizligi/kalpyetersizligikitabi_kisim1.pdf) 20 Mart 2016.

47. Turan İ. Kalp yetmezliği ve kardiyomiyopati. İçinde: *Cecil Temel Tıp Bilimleri*, Mıstık S (çeviri editörü). *Cecil Essential of Medicine*, Carpenter CCJ, Griggs RC, Benjamin IJ. 7. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2008; 68-75.
48. Ergene O. Kalp hastalıkları. İçinde: *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri*, Biberoglu K (editör). *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Lascenzo J. 7. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2013: 1443-98.
49. Zoghi M. Kalp yetersizliği tanısı, evreleri ve sınıflandırması. *Klinik Gelişim* 2011, 24: 1-5.
50. Karadeniz FÖ. Kalp yetersizliği: Tanı ve değerlendirme. İçinde: Mayo Klinik Kardiyoloji, Uyarel H (çeviri editörü). *Mayo Clinic Cardiology*, Murphy JG, Lloyd MA (eds). 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi 2015: 858-73.
51. Dikmenoglu NH. Solunum. İçinde: *Tıbbi Fizyoloji*, Yeğen BÇ, (çeviri editörü). *Textbook of Medical Physiology*, Guyton AC, Hall JE. 12. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2013: 255-264.
52. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 3.Baskı. İstanbul, Sistem Ofset 2011: 455-460.
53. Kavradım ST, Özer ZC. Kalp yetersizliği tanısı alan bireylerde semptom yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013, 4(6): 1-12.
54. Sankaralingam S, Lopaschuk GD. Cardiac energy metabolic alterations in pressure overload-induced left and right heart failure. *Pulm Circ* 2015, 1: 15-28.
55. Bowers MT. Managing patients with heart failure. *J Nurse Pract* 2013, 9(10): 634-40.
56. Nanayakkara S, Kaye DM. Management of heart failure with preserved ejection fraction. *Clin Ther* 2015, 37(10): 2186-94.
57. Adalet K, Bilge AK. Kronik kalp yetersizliği. İçinde: Adalet K (editör). *Klinik Kardiyoloji Tanı ve Tedavi*, 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık 2013: 585-665.
58. Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010, 1(1): 3-7.
59. Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, Heindenreich PA, Jaenicke C, Stough WG, Rich MW. End of life care in patients with heart failure. *J Card Fail* 2014, 20(2): 121-34.

60. Ovayolu N, Ovayolu Ö. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 2016: 598-606.
61. Basuray A, Dolansky M, Josephson R, Sattar A, Grady EM, Vehovec A, Gunstad J, Redle J, Fang J, Hughes JW. Dietary sodium adherence is poor in chronic heart failure patients. *J Card Fail* 2015, 21(4): 323-9.
62. Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 14: 3.
63. Enç N, Alkan HÖ. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastane içi hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2012, 3: 85-100.
64. World Health Organization. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action. [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1) 9 Haziran 2015.
65. Özdemir L. Yaşlılıkta ilaç uyumu ve ilaç uyumunu etkileyen faktörler. *Akad Geriatri* 2012, 4: 18-22.
66. Udelson JE, Pressler SJ, Bernstein JS, Massaro J, Ordranneau P, Lukas MA, Hauptman PJ. Adherence with once daily versus twice daily carvedilol in patients with heart failure: The compliance and quality of life study comparing once-daily controlled-release carvedilol CR and twice-daily immediate-release carvedilol IR in patients with heart failure trial. *J Card Fail* 2009, 15(5): 385-93.
67. Philipson H, Ekman I, Forslund HB, Swedberg K, Schçufelberger M. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2013, 15(11): 1304-10.
68. Alosco ML, Spitznagel MB, Cohen R, Sweet LH, Josephson R, Hughes J, Rosneck J, Gunstad J. Better adherence to treatment recommendations in heart failure predicts improved cognitive function at a one-year follow-up. *J Clin Exp Neuropsychol* 2014, 36(9): 956-66.
69. Gheorghiade M, Vaduganathan M, Fonarow GC, Bonow RO. Rehospitalization for heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2013, 61(4): 391-403.
70. Setoguchi S, Stevenson LW. Hospitalization in patients with heart failure: Who and why. *J Am Coll Cardiol* 2009, 54: 1703-05.

71. Bowry ADK, Jennifer Lewey J, Dugani SB, Choudhry NK. The burden of cardiovascular disease in low- and middle-income countries: epidemiology and management. *Can J Cardiol* 2015, 31(9): 1151-59.
72. Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Cardiol* 2014, 21: 182-91.
73. O'Loughlin C, Murphy NF, Conlon C, O'Donovan A, Ledwidge M, McDonald K. Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *Int J Cardiol* 2010, 139: 60-7.
74. Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano JM, Parissis J, Fedele F, Wilkström G, Agostoni P, Atar S, Baholli L, Brito D, Colet JC, Edes I, Mesa JE, Gorjup V, Garza EH, Juanatery JRG, Karanovic N, Karavidas A, Katsytadze I, Kivikko M, Matskeplishvili S, Merkely B, Morandi F, Novoa A, Oliva F, Ostadal P, Pereira-Barretto A, Pollesello P, Rudiger A, Schwinger RHG, Wieser M, Yavelov I, Zymlinski R. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *Int J Cardiol* 2015, 191: 256-64.
75. Hallas CN, Wray J, Andreou P, Banner NR. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart Lung* 2011, 40: 111-21.
76. Comin-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, Muniz J, Chaves J, de Frutos T, Enjuanes C. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2015, 69(3): 256-81.
77. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006, 5: 5-15.
78. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure a randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns* 2006, 64: 128-35.
79. Lombardi C, Carubelli V, Lazzarini V, Vizzardi E, Bordonali T, Ciccarese C, Castrini AI, Cas AD, Noderi S, Metra M. Effects of oral administration of orodispersible levo-carnosine on quality of life and exercise performance in patients with chronic heart failure. *Nutrition* 2015, 31: 72-8.

80. Zhang J, Hobkirk J, Carroll S, Pellicori P, Clark AI, Cleland JGF. Exploring quality of life in patients with and without heart failure. *Int J Cardiol* 2016, 202: 676-84.
81. Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçe'ye uyarlanması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2010, 38(7): 480-5.
82. Sönmez E. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyete Uyumları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2011.
83. Van der Wal MHL, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol* 2008, 125(2): 203-8.
84. Oğuz S. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2005.
85. Özdemir VA. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2009.
86. Barutçu CD. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2011.
87. Naveiro-Riloa JC, Diez-Juárez DM, Blanco AR, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA. Validation of the minnesota living with heart failure questionnaire in primary care. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2010, 63(12): 1419-27.
88. Özen B. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2011.
89. Karapolat H, Engin C, Eroğlu M, Yagdi T, Zoghi M, Nalbantgil S, Durmaz B, Kirazlı Y, Özbaran M. Efficacy of the cardiac rehabilitation program in patients with end-stage heart failure, heart transplant patients and left ventricular assist device recipients. *Transplant Proc* 2013, 45: 3381-85.

90. Solmaz G. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Yaklaşımının Dispne Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi 2011.
91. Zengin N, Ören B, Yıldız H, Çil A. Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2012, 16(2): 41-9.
92. Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IS, Oh EG, Lee JH, Choi M, Cheon JY, Shim CY, Kang SM. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. *Jpn J Nurs Sci* 2014, 11: 54-64.
93. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 21(1): 63-67.
94. Dilek F. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2008.
95. Kenchaiah S, Pocock SJ, Wang D, Finn PV, Zornoff LA, Skali H, Pfeffer MA, Yusuf S, Swedberg K, Michelson EL, Granger CB, McMurray JJ, Solomon SD. Body mass index and prognosis in patients with chronic heart failure: insights from the candesartan in heart failure: assessment of reduction in mortality and morbidity (charm) program. *Circulation* 2007, 116(6): 627-36.
96. Yeşil P, Altıok M. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2012, 3: 39-48.
97. Gönenç I, Vural EZT, Kayataş K. Obezite ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014, 5(3): 83-7.
98. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 3(4): 223-31.
99. Çaloğlu A. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2012.
100. Heo S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009, 8(5): 323-28.

101. Chung ML, Lennie TA, DeJong M, Wu J, Riegel B, Moser DK. Patients differ in their ability to self-monitor adherence to a low-sodium diet versus medication. *J Card Fail* 2008, 14: 114-20.
102. Annema C, Luttk ML, Jaarsma T. Reasons for readmission in heart failure: perspectives of patients, caregivers, cardiologists and heart failure nurses. *Heart Lung* 2009, 38(5): 427-34.
103. Deek H, Slcouri H, Noureddine S. Readmission rates and related factors in heart failure patients: a study in lebanon. *Collegian* 2016, 23: 61-8.

## **EKLER**

### **EK-1. Özgeçmiş**

1991 yılında Malatya’da doğdu. İlk, ortaokul, lise ve üniversite eğitimini Malatya’da tamamladı. 2013 yılında Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2013 yılında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi’nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2014 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ndeki İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programında yüksek lisans eğitimine başladı. 2014 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’na araştırma görevlisi olarak atandı. 2015 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.



## 2.Sağlık/Hastalık İle İlgili Özellikler

8- Fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıflandırmasında hastanın durumu:

.....(araştırmacı tarafından hastanın hastalık durumuna göre belirlenecek)

9- Boy: Kilo:

BKİ:..... ( Bu kısım araştırmacı tarafından hesaplanacaktır.

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| 1) Zayıf        | <18.50              |
| 2) Normal       | ≥ 18.50 .... <24.99 |
| 3) Fazla kilolu | ≥ 25.00 .... <29.00 |
| 4) Obez         | ≥ 30.00 .... <39.99 |
| 5) Aşırı şişman | ≥40.00              |

10- Kalp yetersizliği hastalığı ne kadar süredir teşhis edildi?

- 1) 6-12 ay ( )      2) 13-24 ay ( )      3) 25 ay ve üzeri ( )

11- Kalp yetersizliği tanısı ile hastaneye kaç kez yattınız?

- 1) 2-4 kez ( )      2) 5-7 kez ( )      3) 8 ve üstü ( )

12- Bir önceki yatış zamanınızdan ne kadar süre geçti?

- 1) 0-6 ay ( )      2) 7-12 ay ( )      3) 13 ay ve üzeri ( )

### EK-3. Diyete Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (DUHIÖ)

Aşağıdaki sorulardan size en uygun olanını işaretleyiniz.

1 = Kesinlikle Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle Katılıyorum

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

#### EK-4. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ)

Aşağıdaki sorulardan size en uygun olanı işaretleyiniz.

1 = Kesinlikle Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle Katılıyorum

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

## EK-5. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ)

Aşağıda, kalp yetmezliğinin son 1 ay (4 hafta) boyunca yaşamınızı ne kadar etkilediğini sorgulayan bazı ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeden sonra, yaşamınızın ne kadar etkilendiğini göstermek için 0, 1, 2, 3, 4, 5 numaralarından birini yuvarlak içine alınız. İfade sizin durumunuza uymuyorsa 0'ı işaretleyiniz.

Son bir aydır yaşamımı istediğim gibi sürdüremiyorum.

<u>Çünkü kalp yetersizliğine bağlı;</u>	Hayır	Çok az	Az	Orta	Fazla	Çok fazla
1. Bacak ve ayak bileklerim şişiyor.	0	1	2	3	4	5
2. Gün içinde dinlenmek için oturmak ya da uzanmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
3. Yürürken ya da merdiven çıkarken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
4. Ev ya da bahçe işleri yaparken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
5. Evden uzak yerlere gitmekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
6. Geceleri iyi uyuyamıyorum.	0	1	2	3	4	5
7. Arkadaş ya da aile ilişkilerimde ya da onlarla birlikte olmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
8. Hayatımı kazanmak için yaptığım işleri gerçekleştirmede zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
9. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerimi yapmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5

10.Cinsel aktivitelerimi gerçekleştirirken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
11.Sevdiğim yiyeceklerden daha az yemek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
12. Nefes almakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Yorgun, bitkin ya da enerjimin azaldığını hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Hastaneye yatmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
15. Tedavi masrafları için para harcamak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
16. Tedaviye bağlıyan etkiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4	5
17. Aileme ya da arkadaşlarıma yük olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
18. Hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
19. Endişeleniyorum.	0	1	2	3	4	5
20. Dikkatimi toplamada ya da hatırlamada güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
21. Kendimi kederli, üzgün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5

## EK-6. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği İzni



T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü  
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 58606022/119  
Konu: Tez ÇALIŞMASI hk.

... 09/10/2015

### TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ : 02.10.2015 ve 8181 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Gül KAYA'nın, "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyete Uyumlularının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını yürütebilmesi için gerekli iznin Gül KAYA'ya verilmesi Kardiyoloji Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize sunulur.

Prof. Dr. Ramazan ÖZDEMİR  
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ	HAVALE
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
DİJİTAL İZİN KAYITLARI BÖLÜMÜ	
İZİN NO	
İZİN TARİHİ	
İZİN SAĞLAYAN	
İZİN ALAN	
İZİN YERİ	
İZİN YERİ	

770 / 10548 13.10.2015

**EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği  
Kurulundan Etik Onay**

<b>T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)</b>			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
01.12.2015	10	2015/10-6	
<p><b>Karar No: 2015/10-6:</b> Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 01.12.2015 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'IN sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş. Gör. Gül KAYA'NIN “<b>Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyete Uyumlularının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi</b>” başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığının onayı ile ilgili raportör raporu görüşüldü, çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u> oy birliği ile karar verildi.</p>			
<b>Prof.Dr. Nusret AKPOLAT</b> Etik Kurul Başkanı			
<b>Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ</b> Etik Kurul Başkan Yardımcısı		<b>Prof.Dr. Osman CELBİŞ</b> Etik Kurul Üyesi	
<b>Prof.Dr. Kadir ERTEM</b> Etik Kurul Üyesi		<b>Prof.Dr. N. Tülin POLAT</b> Etik Kurul Üyesi	
<b>Prof.Dr. Behice ERCİ</b> Etik Kurul Üyesi		<b>Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN</b> Etik Kurul Üyesi	KATILMADI

## EK-8. Ölçek İzni-1

15.10.2015

Fwd: ÖLÇEK İZNI - Gül KAYA

Fwd: ÖLÇEK İZNI

soguz <soguz@marmara.edu.tr>

6.10.2015 (Sal) 08:54

Arşiv

Kime:Gül KAYA <gul.kaya@inonu.edu.tr>;

Merhaba Gül, "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyete Uyumlarının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı tezimde geçerlik ve güvenilirliğini yaptığım ölçekleri kullanabilirsin. iyi çalışmalar...

----- Özgün ileti -----

Konu: ÖLÇEK İZNI

Tarih: 2015-09-21 17:35

Gönderen: Gül KAYA <gul.kaya@inonu.edu.tr>

Alıcı: "soguz@marmara.edu.tr" <soguz@marmara.edu.tr>

Sayın hocam, merhabalar..Ben İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyete Uyumlarının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı yüksekisans tez çalışmamda sizin Türkçe' ye uyarladığımız ilaç ve diyete uyum ölçeklerini kullanmak istiyorum. Bunun için izin verirseniz çok sevineceğim.

SAYGILAR...

--

Doç.Dr.Sıdıka Oğuz  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tıbbiye Caddesi. Haydarpaşa Kampüsü No49  
Haydarpaşa/Üsküdar/İstanbul

## EK-9. Ölçek İzni-2

15.10.2015

MİNNESOTA KALP YETERSİZLİĞİ İLE BİRLİKTE YAŞAM ÖLÇEĞİ - Gül KAYA

### MİNNESOTA KALP YETERSİZLİĞİ İLE BİRLİKTE YAŞAM ÖLÇEĞİ

vacide asik <vacide2001@hotmail.com>

26.9.2015 (Cmt) 21:56

Arşiv

Kime:Gül KAYA <gul.kaya@inonu.edu.tr>;

Sayın Gül Kaya;

Yüksek Lisans tezimde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğum MİNNESOTA KALP YETERSİZLİĞİ İLE BİRLİKTE YAŞAM ÖLÇEĞİ'ni kullanmanızda hiçbir sakınca bulunmamaktadır. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. Saygılarımla..

Vacide AŞIK ÖZDEMİR  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
[vacide.asikozdemir@erdogan.edu.tr](mailto:vacide.asikozdemir@erdogan.edu.tr)

---

From: gul.kaya@inonu.edu.tr  
To: vacide2001@hotmail.com  
Subject: ÖLÇEK İZNİ  
Date: Mon, 21 Sep 2015 14:55:09 +0000

Merhaba Vacide hocam. Ben İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Daha önce de sizinle konuşmuştuk. Yüksek lisans tez çalışmamda geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız Minnesota Kalp Yetersizliği İle Yaşam Anketi'ni kullanmak istiyorum. Bunun için sizden olur maili istiyorum ve bu olur mailini tezimde de yayınlayacağım. İzin verirseniz çok sevinirim. SAYGILAR..