



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ HASTALIK  
YÖNETİMİNE İLİŞKİN İNANÇ VE UYUMLARI İLE  
ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ  
İLİŞKİ**

AYFER HİÇERİMEZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL-2019

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Ayfer HIÇERİMEZ  
Tez Başlığı : Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları İle Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 22.11.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Esra  
KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Sıdıka OĞUZ

Marmara Üniversitesi

Doç.Dr. Selda RIZALAR

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 25./11./2019. tarih ve 2019.../38..... - 05.... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ayfer HİÇERİMEZ





Tezimi sevgili BABAMA ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca tüm bilgi birikimi ile yol gösteren, destek ve emeğini esirgemeyen, sabırla tezin son aőamasına getiren değerli danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e,

Çalışmaya gönüllü olarak katılıp, değerli vakitlerini bana ayıran, verilerin toplanmasına katkı sağlayan tüm hastalara ve veri toplama sürecimde bana destek olan tüm arkadaőlarıma, kardeőim kadar yakın arkadaőım Türkan SARIDAĞ'a,

Hayatım boyunca desteklerini, güçlerini, emeklerini eksik etmeyen, sabırla beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan canım annem Sevgi ALPAR'a ve abim Bülent ALPAR'a,

Gösterdiği sabır, güven ve anlayıőından dolayı, ihtiyaç duyduğum her anda yardımlarını benden esirgemeyen sevgili eőim ađdaő HİÇERİMEZ'e

TEŞEKKÜR EDERİM.

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
İTHAF .....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x1
1-ÖZET .....	1
2- ABSTRACT.....	2
3- GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4- GENEL BİLGİLER.....	8
4.1. Kalp Yetersizliği Tanımı.....	8
4.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi.....	8
4.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi.....	9
4.4. Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi.....	9
4.4.1. Frank-Starling Mekanizması.....	9
4.4.2. Nörohormonal Aktivasyon.....	10
4.4.3. Miyokardiyal Remodelling.....	10
4.5.Kalp Yetersizliği Tipleri.....	10
4.5.1. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği.....	10
4.5.2. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği.....	11
4.5.3. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği.....	11

4.6. Kalp Yetersizliği Sınıflandırma ve Evrenmesi .....	12
4.7. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları.....	13
4.8. Kalp Yetersizliğinde Tanı.....	15
4.9. Kalp Yetersizliğinde Tedavi .....	18
4.9.1.Farmakolojik Tedavi .....	18
4.9.2. Cihaz Tedavisi.....	20
4.9.3 Farmakolojik Olmayan Tedavi .....	21
4.10. Hastalık Yönetimine İlişkin Uyum ve İnanç.....	22
4.10.1. Kalp Yetersizliğinde İlaç Uyumuna Hakkındaki İnanç.....	24
4.10.2. Kalp Yetersizliğinde Diyet Uyumuna Hakkındaki İnanç.....	24
4.10.3. Kalp Yetersizliğinde Bireysel İzlem Hakkındaki İnanç .....	25
4.11. Öz Bakım ve Kalp Yetersizliği .....	25
4.12. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı.....	26
5- MATERYAL VE METOD.....	28
5.1. Araştırmanın Amacı Ve Türü.....	28
5.2. Araştırma Soruları.....	28
5.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	28
5.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemini.....	29
5.5. Veri toplama Aracı.....	30
5.5.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1).....	30
5.5.2. İlaç Uyumuna Hakkındaki İnanç Ölçeği (Ek-2).....	30
5.5.3. Diyet Uyumuna Hakkındaki İnanç Ölçeği (Ek3) .....	31
5.5.4. Bireysel İzlem Hakkındaki İnanç Ölçeği (Ek-4).....	31
5.5.5. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği (Ek-5).....	32
5.6. Uygulama.....	32
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33

5.8 Araştırmanın Etik Yönü .....	33
6. BULGULAR.....	35
7. TARTIŞMA.....	71
8. SONUÇ.....	95
9. KAYNAKLAR.....	101
10. EKLER.....	114
11. ETİK KURUL ONAYI.....	118
12. ÖZGEÇMİŞ.....	121





## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>ACC</b>	:American Colllege of Cardiology (Amerika Kardiyoloji Birliği)
<b>ACE-İ</b>	:Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
<b>AHA</b>	:American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
<b>AMI</b>	:Akut Miyokard İnfarktüsü
<b>ARB</b>	:Anjiotensin Reseptör Blokerleri
<b>ARN-İ</b>	:Anjiotensin Reseptör –Neprisilin İnhibitörleri
<b>BIVAD</b>	:Biventriküler Assist Device
<b>BUHIÖ</b>	:Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği
<b>BKİ</b>	:Beden Kitle İndeksi
<b>BNP</b>	:Brain Natriüretik Peptid
<b>DEF-KY</b>	:Düşük EF' li Kalp Yetersizliği
<b>DM</b>	:Diabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DUHIÖ</b>	:Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği
<b>ECMO</b>	:Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu
<b>EF</b>	:Ejeksiyon Fraksiyonu
<b>EKG</b>	:Elektrokardiyografi
<b>EKO</b>	:Ekokardiyografi
<b>ESC</b>	:European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti)
<b>HAPPY</b>	:Heart Failure Prevalance and Predictor in Turkey (Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördüçüleri Çalışması)
<b>HT</b>	:Hipertansiyon
<b>ICD</b>	:İmplantable Cardioverter Defibrilatör
<b>İUHIÖ</b>	:İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği
<b>KAH</b>	:Koroner Arter Hastalığı
<b>KBY</b>	:Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>KEF-KY</b>	:Korunmuş EF' li Kalp Yetersizliği
<b>KOAH</b>	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>KRT</b>	:Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi
<b>KY</b>	:Kalp Yetersizliği

<b>LVAD</b>	:Sol Ventrikül Asist Device
<b>LVEF</b>	:Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu
<b>MI</b>	:Miyokard İnfarktüsü
<b>MRA</b>	:Mineralokortikoid Reseptör Antagonistleri
<b>NP</b>	:Natriüretik Peptid
<b>NT – proBNP</b>	:Natriüretik Terminal pro BNP
<b>NYHA</b>	:New York Heart Association (New York Kalp Birliği)
<b>PND</b>	:Paroksizmal Noktural Dispne
<b>RAAS</b>	:Renin Anjiotensin Aldesteron Sistemi
<b>SPSS</b>	:Statistical Package for the Social Sciences
<b>TÜİK</b>	:Türkiye İstatistik Kurumu

## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

### Tablolar Listesi

	Sayfa No.
<b>Tablo 4.1.</b> New York Kalp Birliğinin (NYHA) Kalp Yetersizliği Sınıflandırması....	12
<b>Tablo 4.2.</b> ACC/AHA(Amerikan Kalp Birliği) Kalp Yetersizliği Klinik Evrelemesi.....	13
<b>Tablo 6.1.</b> Sosyodemografik Özelliklere Ait Bulgular .....	35
<b>Tablo 6.2.</b> Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular .....	37
<b>Tablo 6.3.</b> Sosyodemografik Özelliklere Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 6.4.</b> NYHA Sınıf ve Hastalık Süresine Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 6.5.</b> Eşlik Eden Hastalıklara Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 6.6.</b> İlaç Sayısı ve Hastaneye Yatış Özelliklerine Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 6.7.</b> EF ve BKİ değerlerine göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması...	60
<b>Tablo 6.8.</b> İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği ile Öz Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Dağılımları .....	63
<b>Tablo 6.9.</b> İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç, Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç, Bireysel İzlem Hakkındaki İnanç ile Öz Bakım Davranış Puanları Arasındaki İlişki.....	64
<b>Tablo 6.10.</b> İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç, Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç, Bireysel İzlem Hakkındaki İnançın Öz Bakım Davranış Puanı Üzerine Etkisi.....	66

## ŞEKİLLER

### Sayfa No.

Şekil 4.1. Akut Başlangıçlı Olmayan Kalp Yetersizliği Tanı Algoritması... ..	17
Şekil 5.4.1. Örneklem Büyüklüğünün Tespitine Yönelik Formül.....	30
Şekil 5.7.1. Korelasyon kat sayısı (r) değerleri.....	34



## 1- ÖZET

# KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ HASTALIK YÖNETİMİNE İLİŞKİN İNANÇ VE UYUMLARI İLE ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma, kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini İstanbul’ da yer alan kamuya ait üç eğitim ve araştırma hastanesi kalp yetersizliği ve kardiyoloji polikliniğinde ayaktan tedavi olan NHYA Sınıf II ve III’ te yer alan 378 hasta ile 11 Kasım 2018-11 Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmanın verileri, “Hasta Bilgi Formu”, “İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği”, “Diyet uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği”, “Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği”, “Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği” kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı ile sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Student T-Testi, Man Whitney U testi, Tek yönlü varyans analizi (Anova), korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 53,14±11,46 olup, %56’sı erkek, 77,5’i evli, %40,7’si ortaöğretim mezunu, %33,9’u ev hanımı ve %45’inin ise gelir düzeyinin kötü olduğu saptandı. İlaç, diyet ve bireysel izleme uyumları arttıkça öz bakım davranışları artmaktadır. Hastaların ilaç uyumuna olan inancı, diyet uyumuna olan inancı, bireysel izleme olan inancı ile öz bakım davranışı arasında ilişki saptanmıştır (p<0,01). İlaç uyumuna olan inanç, diyet uyumuna olan inanç, bireysel izleme olan inanç öz bakım davranışını etkilemektedir. Hastaların ilaç uyumu kötü, diyet uyumu iyi, bireysel izlemi kötü ve öz bakım davranışının yetersiz olduğu saptanmıştır. Hastaların inanç ve uyumsuzlukları belirlenip davranış değişikliği sağlanması, uyum ve öz bakım davranışlarını geliştirecek eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bireysel izlem, diyet uyum, ilaca uyum, kalp yetersizliği, öz bakım davranışı

## 2- ABSTRACT

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE BEHAVIORS AND COMPLIANCE AND BELIEFS REGARDING DISEASE MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS**

This research is planned as a descriptive, cross-sectional study in order to determine the relationship between self-care behaviors and compliance and beliefs regarding disease management of chronic heart failure patients . The sample of the study consists of three public education and research hospital in İstanbul The study was conducted between November 11, 2018 and June 11, 2019 with 378 patients in NHYA Class II and III who were treated as outpatients in the heart failure and cardiology outpatient clinic. The data of the study were collected through face to face interviews by the researcher using " Patient Information Form ", "The Beliefs About Medication Compliance Scale (BMCS)", "The Beliefs About Dietary Compliance Scale (BDCS)", "The Belief About Self Monitoring Scale (BSMS)", "European Heart Failure Self-care Behavior Scale". Statistical analysis was number, percentage, average, standard deviation, Student t-test, Anova test, Man Whitney U, Pearson Correlation and Regression with SPSS 22.0 statistical program. Mean age of patients was  $64.18 \pm 14.20$  years, 56% were male, 77.5% were married, 40.7% were secondary school graduates, 33.9% were housewives and 45% had poor income. Self-care behaviors increase with increasing compliance with medication, diet and individual monitoring. Patients' belief in medication compliance, belief in dietary compliance, belief in self-monitoring and self-care behavior were found to be correlated ( $p < 0,01$ ). Belief in medication compliance, belief in diet compliance, and belief in self monitoring affect self-care behavior. Patients were found to have poor drug compliance, good dietary compliance, poor individual monitoring and inadequate self-care behavior. It is recommended to determine the beliefs and incompatibilities of the patients and to provide behavior change and to plan trainings to improve compliance and self-care behaviors.

**Keywords:** Belief self monitoring, belief dietary, belief medication, heart failure, ,self care behaviors

### 3- GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada en yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip hastalık grubu olarak görülmektedir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014 yılı verilerinde, kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ortalama 17,9 milyon insanın etkilendiği, tüm küresel ölümlerin %31'ini kardiyovasküler hastalıkların oluşturduğu ve belirtmektedir (1). Amerika Kalp Derneği (AHA) 2018 yılı raporuna göre koroner kalp hastalığı Amerika'da ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Amerika'da kalp hastalıkları tüm ölümlerin %43.8'ini oluşturmaktadır. %43,8'lik kısmın içerisinde % 9'u ise kalp yetersizliğine bağlı geliştiği bildirilmektedir (2).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte KY prevalansı giderek artmaktadır. 2009-2012 yılları arasında tahmini 5.7 milyon iken, 2011-2014 yılları arasında 6.5 milyon kişi KY hastasıdır. 2030 yılında bu oranın %47'lere yükseleceği öngörülmektedir (2,38). Bununla beraber kardiyovasküler sistem hastalıkları her yıl Avrupa ülkelerinde 3.9 milyon, Avrupa Birliği ülkelerinde 1.8 milyon ölüme neden olmaktadır. Bu rakam Avrupa ülkelerindeki tüm ölümlerin % 45'ini, Avrupa Birliği ülkelerindeki tüm ölümlerin % 37'sini oluşturmaktadır (3). Avrupa'da kardiyovasküler hastalık nedeni ile ölüm oranı 60 yaş altı erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (2,40).

Güneydoğu Asya' da kardiyovasküler hastalık nedeni ile ölüm oranı ilk sırada yer almaktadır. Obezite prevalansının düşük olmasına rağmen kalp yetersizliği risk faktörlerinin çarpıcı derecede yüksek bir prevalansı vardır. Sigara kullanımı, hareketsizlik, hiperglisemi, hipertansiyon diğer ülkelere oranla yaygın olarak görülmektedir (4).

Türkiye'de de dünyada olduğu gibi ölüm nedenleri arasında en yüksek oranın dolaşım sistemi hastalıklarına ait olduğu bildirilmektedir. TÜİK 2017 yılı raporunda ölüm nedenleri istatistiksel verilerine göre 165.323 kişi dolaşım hastalıklarına bağlı olarak hayatını kaybetmiştir. Dolaşım sistemi hastalıkları içerisinde de % 39.7 oranı ile iskemik kalp hastalıkları dünya geneline benzer şekilde ilk sırada yer almaktadır (5). Ülkemizde tahmini olarak 2 milyon 424 erişkinin KY hastası olduğu, KY için 3,700,000 kişi risk grubunda olduğu bildirilmektedir (2,5).

Ülkemizde Kalp Yetersizliği prevalansı ve Öngördürücüleri (HAPPY) isimli

çalışmada, 2 milyondan fazla insanın kalp yetersizliği ile mücadele ettiği ve Kalp Yetersizliği (KY) prevalansının % 2.9 olduğu belirtilmektedir (6). Hipertansiyon (HT), Diabetes Mellitus (DM), obezite ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) gibi kronik hastalıkların kalp yetersizliği için büyük risk faktörü oluşturduğu göz önünde bulundurulursa ülkemizde kalp yetersizliği prevalansının batılı ülkelere göre daha yüksek seyrettiği düşünülmektedir (7,8,9).

Uyum, “*insanın kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyon*” olarak belirtilmektedir. Birey, günlük hayat dengesi bozulduğu takdirde yeniden uyum sağlayabilmesi için birçok mekanizma kullanmaktadır ve bu mekanizmayı geliştirme yeteneğine sahiptir (10).

Morbitidenin ve hastaneye tekrarlı başvuruların artışıdaki en önemli neden, bireyin hastalık yönetimine uyum sağlamaması olarak gösterilmektedir. KY yönetiminde başarılı olmak için hastaların ve ailelerin yaşam tarzındaki değişikliklere uyum göstermesi gerekmektedir (11,12).

Powell ve ark. nın Kalp yetersizliği uyum konulu çalışmasında KY hastalarında uyumsuzluk oranı %30-80 arasında olduğu, ilaç tedavileri ve yaşam tarzı değişiklikleri ile hastaneye yatışların azaltılabileceği bildirilmektedir (13). Marti ve ark. nın Kalp yetersizliği öz bakım önerilerine hastalar tarafından bildirilen uyum konulu araştırmasında hastaların hastalık, tedavi ve tedaviye uyum konusundaki bilgilerinin geliştirilmesinde hemşireler tarafından uygulanan eğitim stratejilerinin olumlu bir etki oluşturduğu belirtilmektedir. (14). Tedaviye uyumu etkileyen ve engelleyen faktörlerin belirlenmesinde Sağlık İnanç Modeli yaygın olarak kullanılmaktadır (15). Sağlıklı davranışın belirleyicileri olarak gösterilen tutum ve inançlar, risk ve hastalığın azaltılması için tasarlanan stratejilerin bireyin sağlığına verdiği değer ve hastalığın iyiye doğru gideceği düşüncesini etkiler (16).

Kaveh ve ark. nın Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışları üzerine sağlık inancı modeline dayalı bir hastane temelli eğitim programının etkisi konulu çalışmasında; Sağlık İnanç Model tabanlı eğitimsel müdahale uygulanmasının hastalarda öz bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Bu nedenle, yataklı tedavi merkezlerinde sürekli takipler de dahil olmak üzere uzun vadeli eğitim müdahalelerinin uygulanması, kişisel bakım davranışlarının iyileştirilmesine ve



sürdürülmesine neden olabileceği belirtilmiştir (17).

Kalp yetersizliği tedavisinde hastalar uzun dönem ilaç kullanımına maruz kalmaktadır. *“İlaç uyumu, hastanın ilaç alma davranışının, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının kararlaştırdığı ilaç rejimine ne ölçüde uyum sağladığı ile tanımlanır.”* Uyum hem davranışı yerine getirme hem de davranışa bağlılığı ifade eder (18,19).

Köseoğlu ve Enç’in Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi konulu çalışmada hastaların % 40’ında ilaç uyumsuzluğu tespit edilmiş ve hastaların tedavi rejimleri hakkında bilgi eksikliği, ilaç etki ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmama ve sağlık profesyonelleri tarafından yeterli düzeyde bilgilendirilmeme olarak uyumsuzluğun nedenleri belirlenmiştir. Hastalara ilaç uyumu konusunda aile ile birlikte kapsamlı bir şekilde eğitim programı uygulanmasını öngörmüşlerdir (20).

Dayapoğlu ve Yıldız’ın Kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlarının incelenmesi konulu çalışmasında ise hastaların ilaç uyumu düzeylerinin düşük olduğunu ve ilaç uyumuna engel olan faktörleri tespit ederek girişimde bulunulması gerektiğini vurgulamıştır (21). KY hastalarında diyetle sodyum kısıtlamasının kalp ve damar fonksiyonlarını iyileştirebileceğini göstermektedir. Mevcut kılavuzlar KY yönetiminin temel bir unsuru olarak diyetle sodyum kısıtlamasını desteklemektedir. Bununla birlikte, sodyum kısıtlı diyetle uymama kalp yetersizliği hastaların da hastaneye yatışlarına ve genel morbiditeye en önemli katkılardan biri olmaya devam etmektedir. Kötü diyet uyumu hastalık yönetim sürecinde ciddi engel oluşturmaktadır (22,23).

Bentley ve ark. nın Kalp yetersizliği hastalarında düşük sodyum diyet tavsiyelerine uyulmamasına bağlı faktörler konulu nitel çalışmada, düşük sodyum diyetine uyum sağlamak konusunda problem yaşayan hastalar birkaç ana başlık belirtmişlerdir. Öncelikle hastanın bilgi eksikliği, aile bireyleri arasında yüksek sodyumlu yiyecekler tüketilmesi, dışarıda düşük sodyumlu yemek bulmanın zor olduğu ve düşük sodyumlu yiyeceklerin lezzetsiz olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Bu nedenle hastaların diyet uyumlarının düşük olduğu, uyumu artırmak için klinisyenler müdahaleleri oluştururken ve değerlendirirken hastaların inanç ve tutumlarını dikkate alması gerektiği belirtilmiştir (24).

Kalp yetersizliği hastaları, sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini optimize etmek için tıbbi rejimlere bağlı kalmak ve semptomları izlemek gibi hastalık sürecini kendi kendine yönetmeye teşvik edilir. Bunu yaparken, sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmaları istenmektedir. Buna rağmen hastaların bireysel izlem yönetimlerinin düşük olduğunu tespit edilmiştir (25). Seid ve ark. nın yetişkin kalp yetersizliği hastalarında uyum ve öz bakım önerilere ilişkin faktörler konulu çalışmasında tedavisi planlanmış, iyi bir bakım koordinasyon sistemi ile hasta bireysel izlemi ile ilgili süreci başarılı bir şekilde yürüttüğü takdirde hastaneye yatışların önlenmesine yardımcı olabileceğini belirtmiştir (26).

Yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinlikler olarak ifade edilen öz bakım, bireyin sağlığını sürdürmedeki aktivitelerine katılma durumunu kapsamaktadır (27). Genel olarak, kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranış düzeyi yapılan araştırma sonuçlarına göre düşük olarak belirtilmiştir. Bu nedenle kalp yetersizliği hastalarının belirtileri, semptomları ve tedavi yaklaşımları hakkındaki bilgilerinin iyileştirilmesi, hastaların bağlılık seviyelerinin iyileştirilmesi planlanmaktadır. (26,28).

Jarasma ve ark. nın Dünya çapında 15 ölkede kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışlarının karşılaştırılması konulu çalışmada 15 ölkede KY hastalarının öz bakım davranışlarını karşılaştırmış ve öz bakım davranışları düzeyinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Fakat özbakım davranışlarının belirli stratejilerle iyileştirilebileceği öngörmüşlerdir. Ulusal sağlık politikalarında ve sağlık hizmetlerinde daha fazla değişiklik yapılması gerektiği belirtilmiş ve bu nedenle verilen eğitimin niteliği ve içeriğinin önemli olduğunu vurgulamışlardır (28).

Özer ve Sezgin'in Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım konulu çalışmasında KY hastalarının heterojen bir gruba sahip olduğunu, sağlık profesyoneli hastaların öz bakımlarına etkide bulunacak hastalık özelliklerini fark etme konusunda bilinçli olması gerektiğini vurgulamıştır. Hemşirelerin bu farkındalıkları hastaların öz bakım davranışlarını geliştirmede önemli rol oynamaktadır (29).

Hastanın tedaviye uyumuna olan inancı öz bakımın temel belirleyicilerindendir ve bu uyum hastanın öz bakım davranışına ilişkin inançlarından etkilenir. Bir kişinin ilaç tedavisinin gerekliliği veya kaygısı konusundaki sahip olduğu güçlü inanç, yüksek

uyum düzeyi ile önemli ölçüde ilişkilidir (30). Sağlık profesyonelleri hastanın tedaviye uyumu konusunda sahip oldukları olumlu ve olumsuz inançları tanımlayarak, tedaviye ilişkin inanca odaklanmak suretiyle öz bakım davranışını iyileştirilebilecekleri vurgulanmaktadır (30,31).

Bu nedenle sağlık profesyonelleri hastalığa uyumsuzluğu belirlemeli, uyumsuzluğun altında yatan faktörleri ve uyumu kolaylaştırıcı unsurları tanımlayıp, hasta ve yakınları ile tartışmalı, hastanın hastalığı ile ilgili davranış değişikliğini sağlamalıdır (9,11).

Bu araştırmalar sonucunda, inançlarımız tutum ve davranışlarımızı belirlemede önemli bir öngörücüdür. Hastanın tedaviye olan inancı öz bakımın temel belirleyicilerindedir. Hastaların tedavi rejimine olan inancı yüksek olur ise tedaviye olan uyumunun yüksek ve öz bakımın da iyi olmasını beklenir (11,22,32,95).

Bu çalışma, kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **4- GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Kalp Yetersizliği**

Kalp yetersizliği kalbin fonksiyonel ve yapısal bozukluğu sonucunda kalbin dokulara yeterli miktarda kan pompalayamadığı, pulmoner ödem ve juguler venöz basıncın artması ile birlikte nefes darlığı, yorgunluk ve ayak bileğinde ödem gibi semptomların birlikte görüldüğü klinik bir sendromdur (32,33,34). KY, azalmış kardiyak pompalama fonksiyonunun bir sonucu olarak, yaygın bir klinik sendrom olarak da tanımlanmaktadır (35).

Kalp yetersizliği semptomlarının birçoğu, sadece kalpte olan herhangi bir anomali sonucu olarak değil, bunun dışında diğer organ ve dokuların, (kaslar ve böbrek vs.) primer olmayan fonksiyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Kalbin kan pompalama bozukluğu oluşması bu sekonder nedenlerden daha çok kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır ve nedeni ise tam olarak açıklanmamıştır (33,34). KY kalp dışındaki organların disfonksiyonunun neden olduğu azalmış perfüzyonla açıklanamaz buna ek olarak nörohormonal aktivasyonunda etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle kalp yetersizliğinin altında yatan nedene değinmek önemlidir. KY' nin ortak nedenleri iskemik kalp hastalığı, dilate kardiyomyopatiler, valvüler lezyonlar, atriyal fibrilasyon ve hipertansiyondur (35,36).

Kalbin pompalama gücünün azalması ile birlikte yorgunluk, taşikardi, taşipne, ayak bileklerinde ödem, pulmoner ödem, periferik ödem, istirahat halinde ve fiziksel aktivite esnasında nefes darlığı, halsizlik ve juguler venlerde dolgunluk gibi semptomlar görülür (34,37).

### **4.2 Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi**

Kalp yetersizliği yaşlı nüfusa sahip sanayileşmiş ülkelerde önemli ve artan bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır (38). Gelişmiş ülkelerde KY prevalansı 70 yaş üzeri kişilerde %10 dan daha fazladır ve toplumun % 1-2'sine denk gelmektedir. 55 yaşında yaşam boyu KY riski, erkekler için% 33 ve kadınlar için% 28'dir (38,39).

AHA verilerine göre KY prevalansı nüfusun yaşlanması ile birlikte giderek

artmaktadır. 2009-2012 yılları arasında tahmini 5.7 milyon iken 2011-2014 yılları arasında tahminen 20 yaş ve üzeri 6.5 milyon Amerikalı KY hastasıdır. 2030 yılında bu oranın %47'lere yükseleceği öngörülmektedir (2,38).Avrupa'da kardiyovasküler hastalık nedeni ile ölüm oranı 60 yaş altı erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (2,40).

Türkiye'de ölüm nedenleri arasında en yüksek orana sahip dolaşım sistemi hastalıklarına sahip olup, Türkiye'de yaklaşık olarak 2 milyon 424 erişkinin KY hastası olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca KY için 3,700,000 kişi risk grubundadır (2,5).

### **4.3 Kalp Yetersizliği Etiyolojisi**

Kalp yetersizliğine yol açabilen hastalıklar çok farklıdır ve bunların teşhisi, tedavi edici ve önleyici yaklaşımı değiştirebileceği gibi prognozu da belirleyebildiği için tespiti çok önemlidir. Yapısal kardiyak anormallik tipi ve buna neden olan risk faktörleri ve gerektiğinde akut dekompanseasyonu tetikleyen faktörler dahil edilmelidir (41,42).

Etiyolojik nedenler arasında periferik damarların, koroner dolaşımın, perikardın, miyokardın, endokardın veya kardiyak kapakların bir bozukluğunun olduğu, doğuştan veya kazanılmış yapısal değişiklikler, arteriyel hipertansiyon, DM ve romatizmal ateş içerir (43,44,45).

### **4.4 Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi**

Kalbin kanı pompalama fonksiyonu bozulduğu takdirde kalp atım hacmi ve kardiyak out put azalmaktadır. Bu süreçte bazı mekanizmalar devreye girer. Bu süreç uzun sürdüğü takdirde, diğer yardımcı mekanizmalar bu süreci daha fazla tolere edemez ve buna bağlı olarak kalp yetersizliği ortaya çıkar(46).

Bu devreye giren kompanseuar mekanizmalar aşağıda ki gibidir.

#### **4.4.1. Frank-Starling Yasası**

Frank starling yasası KY erken evrelerde telafi edici önemli bir rol oynar. Myokardın kasılma performansının düzenlenmesi için en önemli fizyolojik ilkelerden biridir. Kalbe diyastolde ne kadar kan gelirse o kadar kan pompalar. Diyastol sonunda

kan hacmi artarsa ventriküldeki kasılma gücünde artar ve artan kasılma gücü ile daha hızlı bir şekilde kan ventrikülden aorta pompalanır böylelikle sağ ve sol kalpte denge sağlanmaya çalışılır ( 47).

#### **4.4.2. Nörohormonal Aktivasyon**

Kalp yetersizliğinde parasempatik aktivasyon azalırken sempatik aktivasyon artar. Kalp yetersizliğine cevap veren ilk aktif sistem nörohormonal sistemdir. Nörohormonal aktivasyon sempatik sinir sistemi, Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi (RAAS) ve vazoaaktif peptitlerden oluşur. KY' nde karotid sinüste, aortik arkta ve sol ventrikülde bulunan baroreseptörler devreye girer, sempatik aktivasyonu başlatır ve plazma nörepinefrin düzeyi artar. Afferent sinirler vazomotor merkezi aktif hale getirerek, dolaşan kan hacmini artırır. Sempatik aktivasyonun artması ile birlikte arka hipofiz bezinden antidiüretik hormon, arginin vazopressin (ADH) arka hipofiz bezinden salınır. Plazma nörepinefrin düzeyinin ve adrenarjik aktivasyonun fazla artması bir süre sonra dolaşımı bozar ve miyokard için toksik etki yaratır (48,49).

#### **4.4.3. Miyokardiyal Remodelling**

Ventrikül büyüklüğü, şekli ve fonksiyonunun mekanik, nörohormonal ve genetik faktörlerle düzenlendiği süreçtir. Miyokarddaki moleküler, hücrel ve interstisyel değişiklikler ile tanımlanabilir, bu da kalp miyokard hasarı sonucu kalbin büyüklüğü, kütlesi, geometrisi ve işlevinde değişiklikler ile sonuçlanır (50).

### **4.5 Kalp Yetersizliği Tipleri**

#### **4.5.1. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği**

##### **4.5.1.1. Sağ Kalp Yetersizliği**

Sağ kalp yetersizliği, daha çok sol KY nedeni ile gelişir ve sağ ventrikülde yetersizliği oluşur. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), pulmoner kapak ve triküspit kapak yetersizliğinde görülür. Kan venöz sistemde göllenir. Splenomegali, asit ve kilo

artışı, periferik ödem, juguler vende dolgunluk ve hepatomegali görülür (34,51).

#### **4.5.1.2. Sol Kalp Yetersizliği**

Sol kalp yetersizliği, sol ventrikülde gelişen fonksiyon bozukluğu ile kan sistemik dolaşıma katılamaz, kan geriye doğru göllenir ve organlarda hipoperfüzyon gelişir. Böylelikle pulmoner basınç artar. Akciğerde Sıvı artışı ile birlikte Cheynestokes solunum, paroksizmal noktural dispne (PND), ortopne, akut akciğer ödemi, öksürük, efor dispnesi, periferik siyanoz, yorgunluk, huzursuzluk ve anksiyete gibi semptomlar görülür (52,53).

#### **4.5.2. Akut Ve Kronik Kalp Yetersizliği**

##### **4.5.2.1. Akut Kalp Yetersizliği**

Akut kalp yetersizliği, genel olarak HF'nin yeni veya kötüleşen belirti ve semptomlarının hızlı bir başlangıcı olarak tanımlanır. Genellikle hastanede yatmayı gerektiren ve yaşamı tehdit edici bir durumdur ve acil tedavi ağırlıklı olarak aşırı sıvı yüklenmesini ve hemodinamik uyumu yönetmeyi amaçlar. Akut Miyokard Enfarktüsü (AMI), HT, akciğer embolisi, ileri derece kalp bloklarında oluşur (54).

##### **4.5.2.2. Kronik Kalp Yetersizliği**

Kronik kalp yetersizliği, uzun süren kompensasyon sisteme verilen yanıtsızlık sonucu gelişir. Asit ve periferik ödem mevcuttur. Mortalite ve morbidite yüksektir. Hastaneye tekrarlı yatışlar sık görülmekte olup hastanın yaşam kalitesini düşürür ve tedavi-bakım maliyetini artırır (34).

#### **4.5.3. Sistolik Ve Diyastolik Kalp Yetersizliği**

##### **4.5.3.1. Sistolik Kalp Yetersizliği -Düşük EF' li Kalp Yetersizliği (DEF-KY)**

Kalp kasında meydana gelen bozulma ile buna bağlı olarak sol ventrikülde kalbin kan pompalama fonksiyonunun azalması ile hastanın EF'si azalmaya başlar. Ejeksiyon Fraksiyonu kalbin her atışı sırasında ventrikülden pompalanan kan miktarını gösterir. EF normal değeri 50-70 arasında değerlendirilmektedir. En temel nedeni MI' dır.

Hastaların sol ventrikülü genişlemiştir (33).

#### 4.5.3.2. Diyastolik Kalp Yetersizliği- Korunmuş EF' li Kalp Yetersizliği (KEF-KY)

Yaşla birlikte hipertansiyon varlığı ventrikül duvarının kalınlaşmasına bağlı olarak kalp kasının kasılmasında bir problem yok iken gevşeyememesi ile karakterizedir. Semptomları arasında yorgunluk, halsizlik, dispne, ortopne, paroksizmal nokturnal dispne ve ödem yer alır (33,35,55).

#### 4.6.Kalp Yetersizliği Sınıflandırması ve Evrenmesi

Kalp yetersizliği semptomlarının ciddiyetine göre sınıflandırır.

**a. New York Kalp Birliğinin (NYHA) Kalp Yetersizliği Sınıflandırması** En yaygın kullanılan sınıflandırma sistemi olan New York Kalp Birliği (NYHA) sınıflamasıdır. Hastaları fiziksel aktivite sırasında ne kadar sınırlı olduklarına bağlı olarak dört kategoriden oluşmaktadır (34).

**Tablo 4.1 New York Kalp Birliğinin (NYHA) Kalp Yetersizliği Sınıflandırması**

SINIF	ÖZELLİKLER
<b>I</b>	Fiziksel aktivite kısıtlaması yoktur.
<b>II</b>	Hafif fiziksel aktivite kısıtlanması mevcuttur. İstirahat sırasında asemptomatik iken, fiziksel aktivite esnasında semptomatiktir.
<b>III</b>	Belirgin fiziksel aktivite kısıtlanması mevcuttur. İstirahat sırasında asemptomatik fakat sıradan aktivitelerde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntı gibi semptomlara sahiptir.
<b>IV</b>	İstirahat sırasında bile semptomatiktir.

McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K ve ark.

Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2012;40(sup2):77-137.



## **b. ACC/AHA (Amerikan Kalp Birliği) Kalp Yetersizliği Klinik Evrelemesi**

Kalpteki yapısal anormallikleri ve semptomların varolma durumuna göre Amerika Kardiyoloji Birliği (American College of Cardiology, ACC)/ AHA tarafından oluşturulan ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından kabul edilen sınıflama aşağıdaki gibidir (35).

**Tablo 4.2. ACC/AHA (Amerikan Kalp Birliği) Kalp Yetersizliği Klinik Evrelemesi**

<b>EVRE A</b>	KY için yüksek risk grubu. Semptom ve yapısal kalp hastalığı yok.
<b>EVRE B</b>	Yapısal kalp hastalığı olup, KY için semptom ve bulgu yok.
<b>EVRE C</b>	Yapısal kalp hastalığı ile birlikte önceden ve hala devam eden KY semptomları
<b>EVRE D</b>	Dirençli ve tekrarlayan hastane yatışı olanlar.

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure. J Am Coll Cardiol 2013;62(16):e147–239.

## **4.7.Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları**

Kalp yetersizliği hastalarında belirti ve bulguları sağ ve sol ventriküldeki yetersizliği göre değişmektedir. Sağ kalp yetersizliğinde periferik konjesyona bağlı bulgular görülürken, sol kalp yetersizliğinde pulmoner konjesyon varlığı gözlenmektedir. Kalp yetersizliği semptomları hastaneye tekrarlı yatışları etkilemekte ve hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir. KY semptomların birçoğu KY' ne özgü değildir. Bu nedenle semptomları saptamak ve tanı koymak kolay olamayabilir (31,32,33,56).

Kalp yetersizliği hastalarında hastaları zamanla daha büyük semptom yüküne maruz kalırlar. Dispne ve ödem gibi klasik semptomlara ek olarak, KY 'liği olan hastalar sıklıkla gastrointestinal stres, ağrı, yorgunluk ve depresyon gibi ek semptomlara maruz kalırlar. Yaşam kalitesi üzerindeki belirgin etkilerin yanı sıra, tedavi edilmeyen semptomlar acil servis ziyaretleri, hastaneye yatış ve mortalite oranını artırır. KY 'liği hastalarda semptom yönetimi iki ana bileşenden oluşur: kapsamlı semptom değerlendirmesi ve semptomları hafifletmek için mevcut yaklaşımların yeterli bilgisi

gerekmektedir (57,58). Kalp yetersizliği hastalarında řu belirtiler görülür.

**Dispne:** Kalp yetersizliği ilk belirtilerindendir. Kalbin gelen kanı pompalayamaması sonucu akciğerde göllenmesi nedeni ile oluşur. KY evresinin başlangıcında fiziksel aktivasyon esnasında görülürken ilerleyen evrelerde istirahat halinde de görülür (59).

**Ortopne:** Yatay düzlemde gelişen dispnenin başın yükseltilmesi ve ya oturur pozisyona gelmesi ile solunum sıkıntısının azalmasıdır. Venöz sistemde göllenen kan yatar pozisyonda iken hızla kalbe geri döner, sol ventrikül basıncı artar ve pulmoner konjesyona neden olur (59).

**Proksimal Noktürnal Dispne:** Bireyi gece aniden uykudan uyandıran solunum sıkıntısıdır. Uyku esnasındaki pozisyona bağlı olarak intertisyel alandaki sıvı intravasküler alandaki sıvı ile birlikte ventriküldeki basınç artar (59).

**Efor dispnesi:** Bireyin fiziksel aktivite esnasında solunum güçlüğü yaşamasıdır. KY ileri evrelerde daha fazla görülür (59)

**Nokturi:** Daha çok sol kalp yetersizliğinde görölmektedir. Böbrekler giden akımının azalması ile RAAS devreye girmekte ve Na ve su tutulumunu artırmaktadır. Gündüz az olan idrar gece yatarken böbrekler giden kan miktarı artması nedeni ile gece idrar çıkmada artış meydana gelir (59).

**Egzersiz intoleransı:** Kalp yetersizliği en çok görölen semptomlarından birisi egzersiz toleransında azalma meydana gelmektedir (59).

**Cheyn stokes solunumu:** Daha çok paroksismal noktürn timer dispne ile sistolik kalp yetersizliğinde görülür. Solunum merkezinin zamanla karbondioksit değerindeki artışa yanıtsız kalması nedeni ile oluşur. Solunum miktarında aralıklı olarak artma ve azalma görölebilir ( 60).

**Ödem ve sıvı retansiyonu:** Ödem Kalp yetersizliği hastalarında sık görölen

semptomlar arasındadır. KY hastalarında periferik ödem ve pulmoner ödem görülmektedir. Periferik ödem hücre içerisindeki sıvının dokulara geçmesi ile oluşan tablodur. Ödemin nedenlerini anlamak, klinik tablonun kolay ve doğru bir şekilde yönetilmesini sağlayacaktır. Akut pulmoner ödemi olan hastalarda kalp dolum basınçlarını azaltmak için vazodilatasyon önemlidir. Sıvı tutulumu olan hastalar için, diüretikler veya mekanik araçlar kullanarak sıvının alınması en önemli husustur. (61).

**Halsizlik ve yorgunluk:** Yorgunluk ve halsizliğin sebeplerinden birisi uykusuzluk iken diğer bir sebebi ise kalp debisinin azalması ile iskelet kaslarının yeterli düzeyde kanlanamamasından kaynaklanır. KY tedavisinde kullanılan adreno reseptör bloker ilaçlarda yorgunluğa neden olduğu bilinmektedir (62).

**Abdominal Bulgular:** Kalp yetersizliği olan hastalar sıklıkla çok çeşitli gastrointestinal sıkıntı yaşarlar. Tatma ya da yutma güçlüğü nedeniyle anoreksi KY 'liği olan hastaların yarısında gözlenmiştir. Kabızlık ve iştahsızlık da yaygındır. Sıklıkla sağ KY hastalarında görülür (58).

**Depresyon:** Kalp yetersizliğindeki depresyon, artan semptom yükü, yeniden hastaneye yatış, ölüm ve sağlık maliyetleri ile ilişkili olduğu için derin sonuçları vardır. Depresyon öz bakımı ve hastanın tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir. KY 'liği olan hastalarda depresyon özellikle tanı koymak için zor olabilir. Depresyon belirtileri çoğu zaman sadece artmış şüphe ile takip edildiğinde maskelenmez, çünkü yorgunluk, iştahsızlık ve depresyonun uyku bozuklukları hepsi komorbid KY' ne bağlanabilir (58).

#### **4.8.Kalp Yetersizliği Tanısı**

Kalp yetersizliği tanısını erken evrede koyabilmek zordur. Özellikle korunmuş EF'li KY hastalarında tanı koymak daha zordur. Erken teşhis ve teşhiste algılanan zorluklar nedeni ile etkili tedaviyi başlamakta gecikmektedir (59). İngiltere'deki yapılan araştırmalarda KY olan hastaların önündeki en büyük engel doğru tanı koymakta ki güven eksikliğidir. Bu nedenle KY hastalığı pek çok nedenden dolayı kötü

yönetilmektedir (60). Eko ile tanısı konulan bazı sol ventrikül yetersizliği olan hastaların belirti açısından asemptomatik olduğu tespit edilmiştir (61).

KY tanısı erken dönemde konulamadığı takdirde hastalığın seyrini hızlandırarak, hastaneye yatışları, maliyeti ve ölüm riskini artırmaktadır. 2016 yılında Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından yayınlanan 2016 ESC KY Kılavuzunda akut başlangıçlı olmayan KY hastaları için yeni bir algoritma oluşturulmuştur (33).

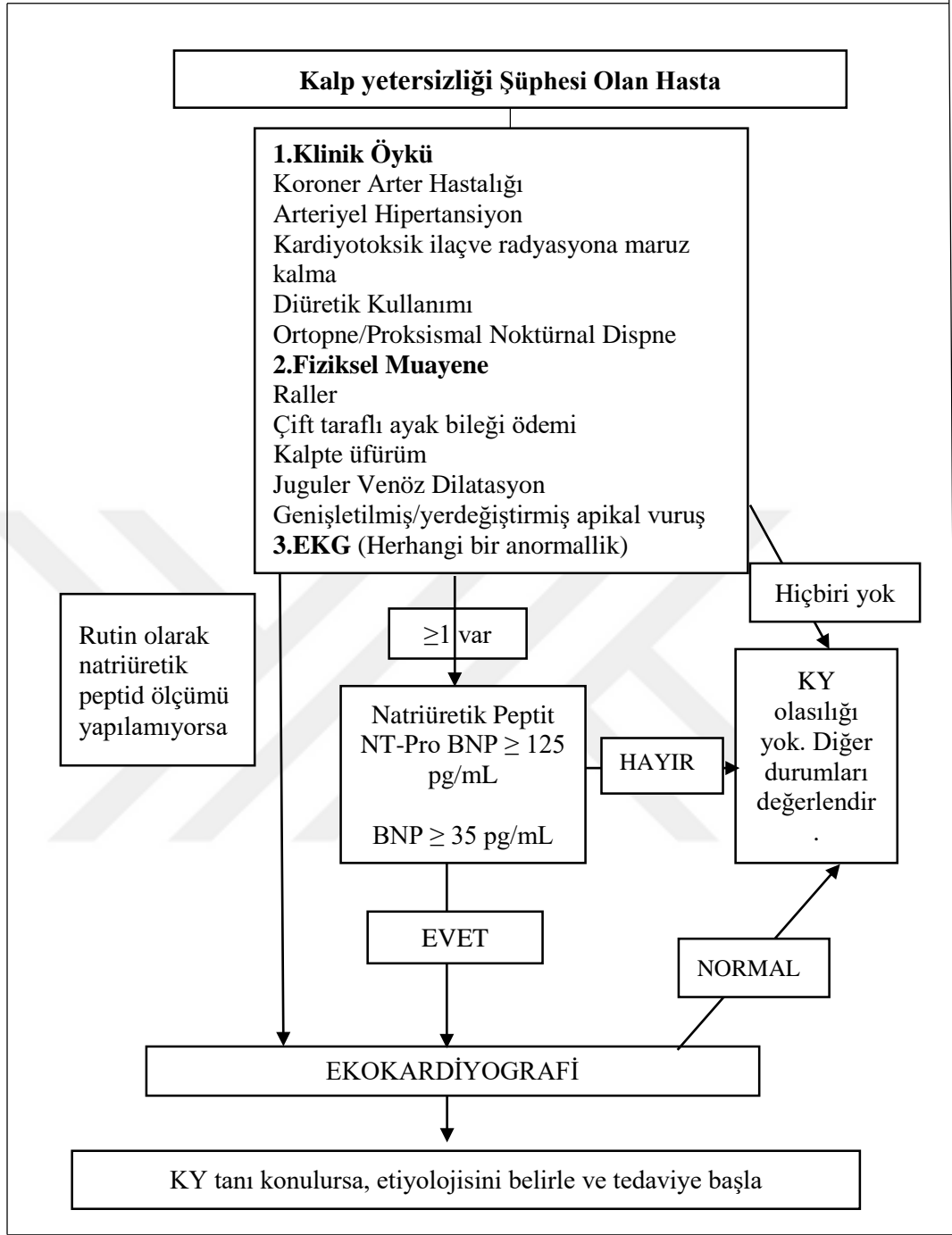
Akut başlangıçlı olmayan Kalp yetersizliği tanısı için natriüretik peptidlerin tanı koymak yerine KY dışlama kriterleri arasında olmasının daha yararlı olacağı vurgulanmıştır ve yeni oluşturulan algoritmada öne çıkarılmıştır. Yine akut başlangıçlı olmayan KY tanı konmasında öncelikle hastanın anamnezinin ve oluşabilecek risk faktörlerinin değerlendirilmesinin, fizik muayenesinin yapılmasının, hastanın EKG'sinin incelenmesi ve sonrasında bakılabiliyorsa natriüretik peptid düzeyine bakılmasının ve natriüretik peptid düzeyi bakılamıyorsa EKO yapılması önerilmiştir (62).

Akut başlangıçlı olmayan kalp yetersizliği tanısı için; göğüs radyografisi algoritmadan çıkarılmıştır. KY semptomları arasına bendopeninin yani öne eğilince oluşan nefes darlığı kılavuza girmiştir. EKO'nun yeni kılavuzda da önemi vurgulanmış, EKO dışında strain yöntemler ve doku dopler yönteminin önemi belirtilmiştir. Hastanın sağ kalp boşluklarının değerlendirilmesi ve pulmoner arter basıncının ölçülmesinin önemi ilk kez yeni kılavuzda yer almıştır (62).

Natriüretik peptidlerin (NP) plazma konsantrasyonu kullanılabilir. B- tipi natriüretik peptid (BNP), kalpten salgılanan bir hormondur. Ky tanısının değerlendirilmesinde altın değerindedir. Sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı KY hastalarında BNP ve NT-proBNP değeri yüksektir.

Akut kalp yetersizliği dışındaki olgularda BNP düzeyi <35 pg/mL ve NT-proBNP <125 pg/mL ise KY ekarte edilebilir. Akut KY durumunda ise daha yüksek değerler baz alınmıştır. BNP <100 pg/mL ve NT-proBNP <300 pg/mL (31).

Natriüretik peptitler sadece KY durumunda yükselmez. KY dışında pulmoner emboli, atriyal fibrilasyon ve böbrek yetmezliği durumunda da BNP düzeyi yüksek çıkar. Yaşa bağlı olarak BNP düzeyi yükselir (63)



**Şekil 4.1.** Akut Başlangıçlı Olmayan Kalp Yetersizliği Tanı Algoritması

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal. 2016;37(27):2129-200.

#### **4.9.Kalp Yetersizliğinde Tedavi**

Kalp yetersizliği hastalığının tedavisinde temel prensip, kalp yükünü azaltarak, semptomları hafifletmek, fonksiyonel kapasitesini iyileştirmek, hastaneye yatışları engellemek, hastanın yaşam süresini, yaşam kalitesini yükseltmek ve mortaliteyi azaltmaktır. KY tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (64).

##### **4.9.1 Farmakolojik Tedavi**

Nörohormonal antogonist ilaçlar sağkalımı artırmaktadır. Sacubitril ve valsartan (ARB), mortaliteyi azalttığı kanıtlanmıştır (35).

**a. ACE İnhibitörleri(ACEİ):** Kalp yetersizliği hastalarında herhangi bir kontrendikasyon olmadığı müddetçe ilk kullanılan ilaçlardır. Morbidite ve mortaliteyi azalttığı kanıtlanmıştır (31). Anjiyotensin I'i II'ye dönüştüren enzimi bloke ederek vazodilatasyonu sağlar, su ve sodyum tutulumunu azaltarak tansiyonu düşürür, pulmoner basıncı düşürerek pulmoner konjesyonu azaltır, karp debisini artırır (35,65). En temel görülen yan etki ise öksürük, hiperkalemi ve hipotansiyondur. Hastalar bu konuda bilgilendirilmeli ve ilaçları kullanımı açısından eğitim verilmelidir (33,34).

**b. Beta blokerler:** ACEİ tedavisinin tamamlayıcısı olarak kullanılır mortalite ve morbiditeyi azaltır. Sistemik vazodilatatör etkiye sahiptir. Kalp yükünü azaltır. Beta blokerler yan etkisi fazla olan bir ilaçtır. Yorgunluk, halsizlik, hipotansiyon, laringospazm ve bradikardi yapabilir. Bu nedenle önerilen ilk doz hastane şartlarında başlanmalıdır, doz ayarlaması hastanın genel durumuna göre yapılmalıdır ve diüretikle birlikte kullanımına dikkat edilmelidir (33,34,66).

**c. Anjiotensin Reseptör Blokerleri (ARB):** Anjiotensin II salınımını inhibe eden ilaçtır. Kardiyak outputu artırır. ACEİ benzer özelliktedir. ACEİ yan etkilerinin görülmediği veya daha az görüldüğü ilaçtır. ACEİ kontrendikasyonu olan veya ACEİ yan etkileri bulunan hastalarda KBY' i ve hiperkalemisi olmayan hastalarda ACEİ' ne alternatif tedavi seçeneği olarak ARB önerilmektedir. En temel görülen yan etki ise hipertansiyon, böbrek fonksiyon bozukluğu ve hiperkalemidir (33,34,66).

**d. Diüretikler:** Diüretiklerin mortalite ve morbidite üzerine etkisini kanıtlayan

şimdiye kadar bir çalışma yoktur . Diüretiklerin kullanım amacı, dolaşimsal olan konjesyonu ve buna eşlik eden periferik ödem ve pulmoner ödem azaltmaktır. Böylelikle ulaşılabilir en düşük dozla hipovelemi sağlamak hedefidir.

Diüretiklerin en temel yan etkisi böbrek fonksiyon bozukluğudur. Bu nedenle dikkatli kullanılması gerekir. Özellikle hipotansiyon, sıvı elektrolit dengesizliğine yol açar. Diüretik tedavisi alan hastalarda serum potasyum düzeyi takip edilmeli ve 4mmol/L altına düşmemesi için hastanın diyetinde potasyum alımına dikkat edilmelidir. (33,65,66).

**e. Hidralazin/İsosorbid Dinitrat:** Venlerde vazodilatör etkiye sahiptir. KY hastalarında bu iki ilacın kombinasyonunu sabit olarak kullanılması gerekliliği hakkında net bir bilgi yoktur. Düşük EF 'li hastalarda bu ilaçlar kombine tedavi açısından düşünülebilir (33).

**f. Mineralocorticoid/Aldosteron Reseptör Antagonistleri:** Spironolakton ve eplerenon diğer steroid hormonları ve aldosteronu bağlar. Tüm semptomatik KY hastalarında kullanımı önerilmektedir. ACEİ ve Beta bloker ilaç tedavisine rağmen semptomatik olan düşük EF' li ( $\leq 35$  ) hastalarda mortaliteyi azaltmak ve hastaneden tekrarlı yatışları önlemek amacıyla kullanımı önerilmektedir. (33,67).

Hastalar MRA kullanımını açısından dikkatli olmalıdırlar. Böbrek fonksiyon bozukluğu ve hiperkalemiye neden olur. Serum potasyum düzeyleri ve böbrek fonksiyonları belirli aralıkla takip edilmelidir (33).

**g. Anjiotensin Reseptör- Neprisin İnhibitörü (ARNI):** Yeni geliştirilen tıropatik bir ilaç grubudur. RAAS blokajının yanında natriüretik peptitlerin yıkılmasını engelleyen ilaç grubudur. Sacubitril ve valsartan birleşimi olan LCZ696 neprisin inhibitörü olan tek ajandır. Düşük EF' li hastalarda mortalite ve morbiditeyi azalttığı öngörülmektedir (33).

**h. Dijital grubu ilaçlar:** Kardiyak glikozidler içerisinde en çok kullanılan digoxindir. Semptomatik düşük EF' li sinüs ritmi olan beta blokeri tolere edemeyen KY hastalarında hastaneye tekrarlı yatış riskini engellemek için kullanılabilir. İnotrop etkisi bulunmaktadır. Morbiditeyi azaltıcı etkisi bulunmakta fakat mortaliteye etkisi

tam olarak kanıtlanmamıştır. Daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Semptomatik KY ve AF hastalarında, digoksin hızlı bir ventrikül hızını yavaşlatmak için yararlı olabilir, ancak sadece önerilmektedir (33).

Digoksin toksisitesi yüksek olan bir ilaçtır. Bu nedenle belirli aralıklarla serum digoxin düzeyi takip edilmelidir. Hastada bulantı, kusma, bilinç durumunda Bİlar, çift görme gibi semptomlar olduğunda intoksikasyon açısından hasta değerlendirilmelidir.(33,67).

**1. Kalsiyum Kanal Blokerleri;** Kalp yetersizliği tedavisinde endikasyonu yoktur. Düşük EF'li KY hastalarında diltizem ve verapamilin güvenli olmadığı gösterilmiştir (33).

**i. Antikogulan/ Antiplatelet;** Eş zamanlı AF ve tromboembolizm riski olan düşük EF'li KY hastalarında antikogulasyon kullanımı önerilmektedir. KY hastalarında antiplatelet tedavisinin yararları hakkında herhangi bir kanıt yoktur (33).

**j. Ivabradin;** Sinüs düğümünde yer alan ıf kanalları inhibe ederek kalp atım hızını yavaşlatır (33,34).

#### **4.9.2 Cihaz Tedavisi**

**a. İmplantable Cardiyoverter Defibrilatörler (ICD):** Kalp yetersizliği hastalarında ölüm riski yüksektir, aniden ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkar. Hafif semptomlara sahip KY hastalarında uygulanan tedavi yöntemidir. Bu ölümlerin büyük bir kısmı ventriküler aritmiler, bradikardi ve asistol de dahil olmak üzere elektriksel rahatsızlıklardan kaynaklanmaktadır. ICD' ler bradikardiyi önlemekte ve ölümcül olan ventrikül aritmide endikedir.  $LVEF \leq \%35$  olan semptomatik NHYA II-III hasta grubunda ölüm riskini azaltmaktadır (33,34).

**b. Kardiyak Resenkronizasyon tedavisi (KRT);**  $QRS$  aralığı  $\geq 120$  ms,  $LVEF \leq \%35$  ve NHYA III-IV grubu hastalarda KRT ventrikül ve atriyum arası kasılmayı düzenleyen atriyal senkronize biventriküler pacemaker tedavisidir. Uygun seçilmiş



hasta grubunda kardiyak performansı iyileştirir yaşam kalitesini artırır, mortalite ve morbiditeyi azaltan tedavi yöntemidir (33,34).

**c. Mekanik Dolaşım Destek Tedavisi;** Medikal tedavi ile stabilize edilemeyen akut ve kronik KY hasta grubunda dolaşım desteği sağlamak adına uygulanır. En sık sol ventrikül destek cihazı (LVAD) diğer adıyla yapay kalp kullanılır. BİVAD ise biventrikül destek cihazı olarak adlandırılır. Kalp yetersizliği hastalarında kalp nakli sürecine kadar köprü görevi oluşturur (33).

Akut kalp yetersizliği ve kardiyojenik şokta olan sol veya biventrikül yetersizlik gelişen hasta grubunda kısa süreli mekanik destek sistemi olan perkutan destek cihazı, Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) uygulanır. Bu cihazın kullanımı birkaç gün ile 15 gün arasında sınırlıdır (33).

**d. Kalp Transplantasyonu;** Kalp yetersizliği hastalarında uygulanacak olan son dönem cerrahi tedavi yöntemidir (34).

#### **4.9.3 Farmakolojik Olmayan Tedavi**

Kalp yetersizliği yönetimi için multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, hasta bakıcı, hasta yakını ve hasta ekip halinde hastalığı yönetmelidir (33).

Kalp yetersizliği hastalarında hastanın bireysel izlemi ve öz bakım yönetimi, hastanın semptomlarını erken tanınması fiziksel olarak stabilitenin devam ettirilmesi, zararlı olan davranışlardan kaçınarak yaşam kalitesini artırması değerlidir. Burdan yola çıkarak hastanın düzenli olarak günlük kilosunu takip etmesi önerilmektedir. Son 6 ay içerisinde %6 dan fazla olan kilo kaybı mortalitenin önemli bir öngörücüsü olan kardiyak kaşeksi olarak adlandırılmaktadır. Ortalama 3 gün içinde 2 kg dan fazla kilo artışı olduğu takdirde hastaneye başvurusunun gerektiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Su ve sodyum kısıtlaması tavsiye edilmektedir (68).

AHA ve ACC KY hastalarında egzersiz programı hazırlanarak hastaların tedavi planına eklenmesi gerektiğini belirtmiştir. Dekompanse olmayan Ky hastaları egzersiz programına alınmalıdır. Bu nedenle kardiyak rehabilitasyon tedavinin önemli bir

parçasıdır. Kardiyak rehabilitasyon hastanın egzersiz toleransını geliştirmek, yaşam kalitesini artırmak, morbiditeyi azaltacak şekilde planlanmalıdır (68,69).

Sigara ve alkol kullanımı KY hastaları için hastaneye yatışları artırmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlaması konusunda yardımcı olunmalı ve sigara ve alkolü bırakması konusunda bilinçlendirilmelidir (33,35,68).

#### **4.10. Hastalık Yönetimine İlişkin Uyum ve İnanç**

Uyum, “*insanın kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyon*” olarak belirtilmektedir. Hastalık yönetiminde uyum, hastanın diyetine uymak, ilaçlarını düzenli kullanmak veya diğer yaşam şekli değişikliklerini uygulamak anlamına gelen klinik davranışlarının uyuşma durumudur (70). Uyumsuzluk ise; herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamak, ilaçlarını almamak veya tedaviyi programına dahil etmemekle başlayabilir. Uyumsuzluk ile ilgili olarak hastalar çoğunlukla sağlık profesyoneli tarafından yeterince bilgilendirilmediğinden ya da iyi takip edilmediğinden dolayı doğru tedavi ve bakımı alamayabilmektedirler. Kronik hastalıklarda sürekli ve çoklu ilaç kullanımı nedeni ile hastalar ilacın yararına inanmayabilmekte, yeterli dozda ilaç almayı unutma veya bilinçli olarak ilaçlarını kullanmama durumu görülebilmektedir (71).

Tedavide uyumu sağlamanın en temel faktörü tedavi yönetimine hasta ve ailesinin katılmasıdır. Hastalar ve ailelerine eğitim verilmeli, telefonla takip edilerek verilen eğitimden geri bildirim alınmalı ve bir sonra ki kontrolde hastanın tedavisine, diyetine ve bireysel izlemine uyumu değerlendirilmeli ve hastanın kaygıları giderilmelidir (72).

Dünyadaki olayların nedeni hakkında bir inanca sahip olma ihtiyacının insan olmanın özelliklerinden biri olduğu iddia edilmiştir (73). Yakın geçmişte bilginin sağlıklı yaşam davranışları ile ilişkilendirildiği varsayılmıştır. Fakat bireylerin inanç ve tutumları bilgidен daha çok kişiyi yönlendirmektedir. Tutum ve inanç kavramı birbirine çok yakındır. Bireylerin sahip olduğu inançlar, tutum ve davranışlarını etkiler. Kişi kendine uygun olduğuna inandığı davranışı yapar, uygun olduğuna inanmadığı davranışı yapmaz. İnanç ve tutumlar hastaya sağlık hizmetlerinden gelen bilgi sunumundan daha etkilidir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri hastaların hastalık ve tedavileri ile ilgili inançlarını göz ardı etmemelidir (74).

Jamous ve ark. çalışmasında hastaların ilaç kullanımı hakkındaki inançlarının, ilaç tedavisine bağlılık düzeyleri ile ilgili olduğunu saptamıştır. Hastaların sağlığını sürdürebilmesi için ilaçlarını almaları, belirli spesifik ilaçların gerekliliği ve ilaç almanın olası olumsuz etkilerine ilişkin kaygıları bireyin inançlarından etkilenir (75). Kişinin hastalığına bakış açısı ve inancı hastalık yönetimi üzerinde ciddi etki göstermektedir. Bireyin hastalık yönetimine karşı olan olumsuz inançları hastalık seyrini kötüleştirmektedir. (76).

Koroner kalp hastaları problemlerinin sebebinin genetik veya kalıtsal olduğuna inanıyorlarsa, ölümcül bir tavır alabilir ve zararlı davranışlara devam edebilirlerken, hastalıklarının kötü yaşam tarzının neden olabileceğine inanan bir kişi yaşam tarzını değiştirme konusunda daha istekli olacaktır (77). Bu nedenle hastaların takip ve tedavi sürecinde inançları dikkate alınmalı, olumsuz olan inançlarını değiştirmek için hastaya gerekli eğitimler verilmelidir (78).

Kalp hastalıklarında hastalığın ciddiyet derecesinin sonuçlarına ilişkin inançları olan bireyler, sağlık davranışlarını düzeltmek veya bozmak için hareket edebilir. Örneğin, eğer bir kalp hastası ciddi bir problemi olduğunu kabul etmiyorsa, hastalığın ilerlemesini hafifletmek için uygun önlem alma eğiliminde olmayabilir. Fakat hastalığının ciddiyetine inanan bireyler kendisinde hastalıkla başa çıkabilecek potansiyel olduğuna inanır. (74).

Özellikle kalp yetersizliği hastalarında hastalık inancı kadar kontrol inancında önemlidir. Günlük sodyum kısıtlaması ve günlük kilo takibi hastanın öz bakım davranışlarının içerisinde bulunmalıdır. Düzenli takip, fiziksel aktivite ve hastalık semptomlarını erken tanıyıp

müdahale etme sağ kalımı etkilemektedir. KY hastalarının çoklu ilaç kullanımı, diyetlerine uyumu ve bireysel izleme olan inançları morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir (78).

#### **4.10.1. Kalp Yetersizliğinde İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç**

Kalp yetersizliği olan bireyler, mortalite ve morbiditeyi azaltmak için karmaşık bir ilaç tedavisini yönetmek zorundadır (79). Dünya Sağlık Örgütü 2003 raporuna göre, kronik hastalığı olan hastalarda ilaca bağlılığın, kabul görmüş bir küresel sorun olduğu, bu

hastaların% 50'sinin ilaç tedavisine uymadığını saptanmıştır (80).

Hastaların ilaç kullanımına uyumu hastaların unutkanlığı, düşük sağlık okuryazarlığı, bir ilaca ilişkin hastanın inançları (örneğin, yan etkilerle ilgili endişeleri gibi) ya da ilacın maliyetleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir (81). İlaça kötü bağlılık, KY hastaları arasında yaygın bir sorundur. Yetersiz uyum, yüksek KY alevlenmelerine, fiziksel fonksiyonun azalmasına, hastaneye yatış ve ölüm riskinin artmasına neden olur. KY hastalarında uyumu arttırmak için birçok müdahale test edilmiştir, ancak bu müdahalelerin geri kabuller ve ölümler üzerindeki genel etkisi henüz bilinmemektedir (79).

Kalp yetersizliği hastalarına, semptomları yönetme, fiziksel işleyişi sürdürme ve semptom alevlenmelerini önleme konusunda kendi kendine bakım stratejileri öğretilir. İlaç tedavisi KY tedavisinin kritik bir parçasıdır. (19).

KY olan hastalarda ilaçlar ve kişisel bakım faaliyetleri hakkındaki inançlarını ortaya çıkarmak, olumsuz olan davranışları değiştirmek için müdahaleler geliştirmek tedaviye olan uyumu artırabilir. Ancak, bir müdahalenin geliştirilmeden önce, hastanın ilaç kullanımı hakkında ki inançlarını ortaya çıkarmak ilk hedef olmalıdır (81).

#### **4.10.2. Kalp Yetersizliğinde Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç**

Diyetle birlikte alınan yüksek düzeyde sodyum arteryel hipertansiyon prevalansının artması ile bağlantılıdır ve sodyum miktarının artması sol ventrikül hipertrofisine neden olmaktadır. Sol ventrikül hipertrofisinde KY gelişimine zemin hazırladığı için mortalite ve morbiditenin artma nedenlerindedir (84). Sodyumla sınırlı bir diyetle uyum, günlük olarak hayatlarının geri kalan kısmında uygulamak, hastalar için zorlu bir davranıştır. Hastalar, düşük sodyumlu yiyeceklerin tadının kötü olması, restoranlarda sodyum oranı düşük yiyeceklerin bulunmaması ve yeme güçlüğü nedeniyle diyet sodyum kısıtlamalarına uymadığını bildirmiştir (82,83).

KY hastalarının hastaneye tekrar yatışlarının nedeni ilk olarak düşük sodyum diyetine uyumsuzluktur. Diyet ile uzun süreli uyumun sağlanabilmesi için hastaya uygulanacak olan hedefler belirlenmeli ve hastaların olumlu davranışlara olan inançlarını geliştirmeye odaklanılmalıdır (84).

Akhondzadeh ve ark. nın çalışmasında KY hastalarına düzenlenen eğitim programı,

diyet sodyum kısıtlamasına bağlılığı arttırmış ve KY 'liği olan hastalarda sodyum alımını azaltmıştır. Hemşirelerin sağlık sistemindeki eğitimsel rolü belirlenmeli, hastaların sodyum alımının azaltılması hedeflenmelidir. Hemşireler, hastaların diyet uyumuna olan inancını göz ardı etmemeli ve yaşam tarzı değişikliğini sağlamak için stratejiler geliştirmelidir (85) .

#### **4.10.3. Kalp Yetersizliğinde Bireysel İzlem Hakkındaki İnanç**

Kalp yetersizliği hastalarının kendi durumlarını takip etmesi, yaşam tarzı değişikliklerini egzersiz programlarına ve diyet değişikliklerine yansıtması tekrarlı hastaneye yatış sayılarını azaltmakta bununla birlikte morbidite ve mortaliteyi düşürmektedir. (83).

Literatürde KY hastalarında birçok çalışma yapıldığı fakat hastaların kendi kendine bakımına uyumu üzerindeki etkisinin araştırılması konusunda çalışma olmadığını vurgulamıştır, bu nedenle hastanın bireysel izlemi konusunda çalışmalar yapılmasını önermektedirler. Ayrıca, hastalara düzenlenecek olan eğitim programının yaşam kalitesi, geri kabul ve sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere literatüre ciddi katkı sağlayacağını öngörmüştür (85,86).

#### **4.11.Öz bakım ve Kalp Yetersizliği**

Öz bakım kavramı; bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik halinin devam ettirmek amacıyla başlatılan ve hayata geçirilen etkinliklerin bütünüdür. Bireyin sağlığını korumak ve hastalık yönetimi sürecinde başka birilerinden bir şeyler beklemek yerine kendi başına gösterdiği mücadelenin tamamını kapmaktadır (87,88).

Öz bakım kuramı, Dorothy Orem tarafından geliştirilmiş olup, “bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması” olarak ifade edilmiştir (89).

Bireyin gereksinimleri bireyin yeteneğini ve gücünü aşıyorsa bu durumda “Öz bakım yetersizliği ” ortaya çıkmaktadır. Bu noktada hemşirelerin en önemli görevi hastaların öz bakım gereksinimlerini tespit etmek ve öz bakım yetersizliğini gidermede rehber olmaktır. Hastanın öz bakım eylemlerini bağımsız bir şekilde yapabilmesi için hastayı

cesaretlendirmek ve yönlendirmek hemşirenin en temel görevleri arasındadır (90).

Öz-bakım, kalp yetersizliği olan hastalar için tedavinin temel yapı taşı olup, sodyum kısıtlı diyet, kilo takibi, semptom tanımlaması ve bu semptomlarla ilişkili olarak eylemde bulunma (örneğin, ekstra bir diüretik almak) ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi gibi kişisel bakım uygulamalarına bağlı stratejilerini içermektedir (91,92,93).

Kalp yetersizliği hastalarının öz bakımının başarılı olması, hastaların karmaşık ilaç rejimlerini yönetmelerini, düşük bir sodyum diyetini takip etmelerini, ödem, nefes darlığı ve yorgunluk gibi kötüleşen KY belirtilerini izlemelerini gerektirir. KY hastalarının tedavi planlarını takip etmemesi hayatı tehdit eder, acil bakım gerektirir ve sıklıkla hastaneye yatışla sonuçlanır. Bu nedenle öz bakım davranışları gelişmiş olan bireylerde hastaneye tekrarlı yatışlar önlenmiş olur ve yaşam kalitesi artar (92,94,95). Dolayısıyla KY hastalarında yaşam kalitesini artırmak için de öz bakımının önemi büyüktür (25,27,146,147)

Kalp yetersizliği hastalarının özbakımının zayıf olması ise hastaneye yatışın birincil nedeni olarak tanımlanmıştır. Literatürde KY hastalarının öz bakım davranışlarının düşük olduğunu belirten çeşitli çalışma sonuçları bulunmaktadır (25,104,146). Hastalık yönetimi programlarına hastane taburculuk eğitim programlarına ve klinik bakımları süresince verilen eğitimlere rağmen hastalar bu konuda zorlanmaktadırlar (91,92,95). Fakat öz bakımın önemine rağmen birçok hasta grubunda öz bakım davranışları yetersizdir. Tüm bu nedenler hastaların öz bakımını geliştirecek olan girişimlerin planlanmaması gerekliliğini doğurmaktadır (96,97).

#### **4.12. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Yönetimi**

Kalp yetersizliği tedavi yönetiminde hemşireler en önemli rolü üstlenmektedir. Hastaların primer olarak bilgilendirilmesi, hastalığı hakkında tutum ve inançlarının tespit edilmesi, bilgi eksikliklerinin giderilmesi, bu bilgilendirme ile birlikte bireyin yaşam tarzında değişiklik sağlanması, düzenlenecek olan plana hastanın katılımı, hasta ve hasta yakınları ile işbirliği içerisinde süreci yönetmek hemşirenin temel görevidir. Hasta ve yakınının aktif olarak sürece katılması tedavi yönetimine olan uyumu artırmaktadır (27,90,95).

Hastanın primer bakımından sorumlu olan hemşireler, diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içerisinde hastanın öz bakım davranışlarını geliştirmek ve sürdürmekle yükümlüdür. Başarılı olarak yürütülen bu süreçte amaç hastaların semptomlarını erken tanınmasını sağlayıp, hastaneye tekrarlı yatışları önleyerek hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Bu süreçte sadece hastanın bilgilendirilmesi yeterli olmamakta ve rutin olarak takibininin yapılması gerekmektedir (25,30).

Kalp yetersizliği yönetiminde hemşirenin kilit rolleri büyük ölçüde hastaneye yatış riski yüksek olan hastaların takibi ve izlenmesi üzerine yoğunlaşmıştır

Hemşirenin kilit bir oyuncu olduğu multidisipliner bir bakım ekibi tarafından takip edilen hastalarda iyileşme olduğu kaydedilmiştir (13,14,17,33,34) Gelişmiş ülkelerde hemşirelik hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde ve kaliteli bakımın sağlanmasındaki rollerine odaklanmıştır (98).

## **5-MATERYAL VE METOD**

### **5.1.Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu araştırma, kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla, kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

### **5.2.Araştırma Soruları**

1. Kalp yetersizliği hastalarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izleme inancı arasında ilişki var mıdır?
2. Kalp yetersizliği hastalarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile öz bakım davranışları arasında ilişki var mıdır?
3. Kalp yetersizliği hastalarının ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izleme inancı ile öz bakım davranışları arasında ilişki var mıdır?
4. Kalp yetersizliği hastalarının ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izleme inancının öz bakım davranışına etkisi var mıdır?

### **5.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, İstanbul’ da yer alan Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı üç eğitim ve araştırma hastanesinde kalp yetersizliği polikliniği ve kardiyoloji polikliniğinde ayaktan tedavi olan NHYA sınıflandırmasına göre Sınıf II ve III’ te yer alan kalp yetersizliği hastaları ile 11 Kasım 2018-11 Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerden Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 11 Kardiyoloji polikliniği, 1 adet kalp yetersizliği polikliniği, 171 yataklı kardiyoloji servisi bulunmakta olup 61 hemşire ve 69 hekim görev yapmaktadır. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde 13 Kardiyoloji polikliniği, 1 adet kalp yetersizliği polikliniği, 164 yataklı kardiyoloji servisi bulunmakta, 52 hemşire ve 53 hekim görev yapmaktadır. Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde ise



19 Kardiyoloji polikliniği, 1 adet kalp yetersizliği polikliniği, 104 yataklı kardiyoloji servisi olup 62 hemşire ve 52 hekim görev yapmaktadır. Her üç hastanenin de kardiyoloji poliklinikleri hafta içi hergün hizmet vermekte, kalp yetersizliği poliklinikleri ise Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Salı günü saat 08.00-16.00 saatleri arasında, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Salı, Çarşamba, Perşembe ve Cuma günleri saat 08.00-16.00 saatleri arasında, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Çarşamba günleri saat 08.00-16.00 saatleri arasında hasta kabul etmektedir.

#### **5.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın örneklemini İstanbul'da yer alan Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı üç eğitim ve araştırma hastanesinde Kasım 2018 ile Haziran 2019 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniği ve kalp yetersizliği polikliniğine ayaktan başvuran kalp yetersizliği NYHA II ve III sınıfta olan hastalar oluşturmaktadır.

NYHA sınıflama sistemine göre hastalık derecesi arttıkça hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi durumu söz konusudur. Bu bakımdan Sınıf I düzeyindeki hastaların günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama yaşamaması ve dolayısıyla öz bakımı etkileyebilecek sorun gelişmemesi, Sınıf IV olan hastaların ise, semptomlarının ağır seyretmesi nedeniyle uzun süren veri toplama süreci ile zorlanmak istenmemesi gerekçesiyle, Sınıf I ve IV bu çalışmaya dâhil edilmemişlerdir (34,90).

1 Ocak 2018 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran hasta sayısı 17434 olarak bilinmektedir. Evreni bilinen örneklem hesaplaması Salant ve Dillman'nın formül ile hesaplanmıştır (99).

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + T^2 p q$$

*N : Hedef kitledeki birey sayısı*  
*n: Örneklem alınacak hasta sayısı*  
*p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)*  
*q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme sıklığı)*  
*t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri*  
*d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örneklem hatasıdır*

**Şekil 5.4.1.** Örneklem Büyüklüğünün Tespitine Yönelik Formül.

Evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak bu evren için % 95 güven aralığında, ± % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü;

$17434 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (17434-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 375$  olarak hesaplanmıştır. Çalışmamız araştırma kriterlerine uygun 378 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

#### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- NYHA'a göre fonksiyonel kapasitesi II ve III. düzeyde olan hastalar
- En az 6 ay süreyle kalp yetersizliği tanısının olması
- 18 yaş ve üzeri olması,
- Bilinci açık ve iletişim engelinin bulunmaması

#### **Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- NYHA fonksiyonel sınıflaması I-IV olan hastalar

#### **5.5. Veri Toplama Aracı**

Veri toplama aracı beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde "Hasta Bilgi Formu", ikinci bölümde "İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği", üçüncü bölümde "Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği", dördüncü bölümde "Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği", beşinci bölümde "Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği" kullanılmıştır.

### **5.5.1.Hasta Bilgi Formu (Ek-1)**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Hasta Bilgi Formu 17 soru yer almaktadır. (59,99,101,112,126). Bu bilgi formunda; Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, gelir durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, sigara ve alkol kullanımı) ve hastalığa ilişkin bilgiler (NYHA sınıfı, KY hastalığının süresi, diğer kronik hastalıkların varlığı, hastaneye yatış öyküsü, ejeksiyon fraksiyon (EF) değeri, beden kitle indexi (BKI), hastaneye yatış sıklığı, kullanılan ilaçlar) sorgulanmaktadır.

### **5.5.2.İlacı Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ) (Ek-2)**

İlacı Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, 2000 yılında ABD' de İndiana Üniversitesi hemşirelik okulunda Bennet ve ark. tarafından geliştirilmiştir (95). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Oğuz ve ark. tarafından yapılmış olup, 12 maddeden oluşan, 5'li Likert tipte ki ölçeğin yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır (11). 1,2,7,9,10,11. maddeler kişilerin yarar algısını, 3,4,5,6,8,12. maddeler ise kişilerin engel algısını ölçmektedir. Ölçeğin puanlamasında; 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum ifadeleri yer almaktadır. Ölçeğin 9. maddesi ters kodlamadır. Yarar ve engel alt boyutunda alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30 dur. Ölçeğin aldığı en yüksek toplam puan 60, en düşük toplam puan 12'dir. Yarar alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,74 Engel alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,59 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, ise yarar alt boyutu cronbach alfa katsayısı 0,72, engel alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur.

### **5.5.3.Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHİÖ) (Ek-3)**

Diyete uyum hakkındaki İnançlar Ölçeği 2000 yılında ABD' de İndiana Üniversitesi hemşirelik okulunda Bennet ve ark. tarafından geliştirilmiştir (95). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Oğuz ve ark. tarafından yapılmış olup, 12 maddeden oluşan, 5'li Likert tipte ki ölçeğin yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır (11). Yarar alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,71 Engel alt

boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,58 olarak bulunmuştur. 1,2,3,4,5,11,12. maddeler kişilerin yarar algısını ölçmektedir. 6,7,8,9,10. Maddeler ise kişilerin engel algısını ölçmektedir. Ölçeğin puanlamasında; 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum ifadeleri bulunmaktadır Yarar alt boyutunda alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35 dir. Engel alt boyutunda alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25 dir. Ölçeğin 2. maddesi ters kodlamadır. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 60'tır. Bu çalışmada, yarar alt boyutu cronbach alfa katsayısı 0,82, engel alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur.

#### **5.5.4.Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BIUHIÖ) (Ek-4)**

Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği; 2000 yılında ABD' de İndiana Üniversitesi hemşirelik okulunda Bennet ve ark. tarafından geliştirilmiştir (95). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Oğuz ve ark. tarafından yapılmış olup, 18 maddeden oluşan, 5'li Likert tipte ki ölçeğin yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır (11). Yarar alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,77 Engel alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur. 3,5,11,15,16,17. maddeler kişilerin yarar algısını ölçmektedir. 1,2,4,6,7,8,9,10,12,13,14,18. maddeler ise kişilerin engel algısını ölçmektedir. Ölçeğin puanlamasında; 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum ifadeleri bulunmaktadır. Yarar alt boyutunda alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30 dur. Engel alt boyutunda alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 60 dir. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 18, en yüksek toplam puan ise 90'tır. Bu çalışmada; yarar alt boyutu cronbach alfa katsayısı 0,95, engel alt boyutunda cronbach alfa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

#### **5.5.5.Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği (Ek-5)**

Avrupa kalp yetersizliği öz bakım davranış ölçeği, 2003 yılında Jaarasma ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, KY olan bireylerin öz bakım davranışlarını değerlendirmektedir (102). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmasını 2013

yılında Baydemir ve ark. tarafından yapılmış ve cronbach alfa katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur (97). 12 maddeden oluşan, 5'li Likert tipteki ölçeğin puanlamasında; 1-Tamamen katılıyorum, 2-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılmıyorum, 5-Hiç Katılmıyorum. Ölçeğin toplam puanı 12-60 arası değişmekte olup, 12-36 puan öz bakım davranışın uygun ve 37-60 arası puan öz bakım davranışın yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

## **5.6. Uygulama**

Araştırmanın uygulaması, İstanbul' da yer alan Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı üç eğitim ve araştırma hastanesi kalp yetersizliği polikliniği ve kardiyoloji polikliniğinde ayaktan tedavi olan NHYA sınıflandırmasına göre Sınıf II ve III' te yer alan kalp yetersizliği hastaları üzerinde gerçekleştirildi. Veriler, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hastaların sözel ve yazılı onamları (Ek-6) alınarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanması her bir hasta ile ortalama 15-20 dakika görüşüldü.

## **5.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Bağımlı değişkenlerin tanımlayıcı özelliklere göre normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında (one way) Anova kullanıldı. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için post hoc analizi olarak Tukey testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Araştırma verileri değişkenler arasında pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (100).

<b>r</b>	<b>Düzye</b>
0,00-0,25	Çok Düşük
0,26-0,49	Düşük
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

**Şekil 5.7.1.** Korelasyon kat sayısı (r) değerler

### **5.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul izni (Karar No:452 Tarih: 15/08/2018), Eğitim araştırma hastanelerini başhekimlik ve hemşirelik direktörlüğinden kurum izni alınmıştır. (EK-7) Çalışma, araştırmaya gönüllü olan hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözel ve yazılı onamları (Ek-6) alınarak yürütülmüştür. İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için ölçek yazarlarından izin alınmıştır. (Ek-8)

## 6- BULGULAR

**Tablo 6.1. Sosyodemografik Özelliklere Ait Bulgular (N=378)**

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Yaş</b> (53,14±11,46)	18-25	8	2,1
	26-35	18	4,8
	36-45	69	18,3
	46-55	103	27,2
	56-65	125	33,1
	66 yaş ve üzeri	55	14,6
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	163	43,1
	Erkek	215	56,9
<b>Medeni Durum</b>	Evli	293	77,5
	Bekar	85	22,5
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-Yazar Değil	9	2,4
	Okur Yazar	47	12,4
	İlkokul	105	27,8
	Orta öğretim	154	40,7
	Üniversite	63	16,7
<b>Meslek</b>	Ev Hanımı	128	33,9
	Emekli	117	31,0
	Serbest Meslek	59	15,6
	Memur	42	11,1
	İşçi	28	7,4
	Öğrenci	4	1,1
<b>Gelir Düzeyi</b>	Düşük	170	45,0
	Orta	164	43,4
	Yüksek	44	11,6
<b>Sigara Kullanımı</b>	Evet	36	9,5
	Hayır	342	90,5
<b>Alkol Kullanımı</b>	Evet	7	1,9
	Hayır	371	98,1

Tablo 6.1.' de Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler verildi.

Bu çalışmada, hastaların yaş ortalaması 53,14±11,46 olup % 18,3'ü 36-45, %27,2'si 46-55,% 33,1'i 56-65 yaş aralığında, %56,9 erkek, çoğunluğu (%77,5) evli, %27,8'si ilkokul mezunu, %40,7'si ortaöğretim mezunu ve %16,7'si üniversite mezunu olup, %33,9'u ev hanımı, %31'i emekli, %15,6'sı serbest meslek, %11,1'i memur, %7,4'ü işçi, %1,1'i öğrenci idi. Hastaların %45'inin gelir düzeyinin düşük %43,4'ünün gelir düzeyinin orta ve %11,6'sının gelir düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

Tablolaştırılmamakla beraber çalışmaya katılan hastaların tümünün sosyal güvencesi olduğu, hastaların %9,5'inin sigara kullandığı, %1,9'inin ise alkol kullandığı belirlendi.





**Tablo 6.2. Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular (N=378)**

Hastalık Özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
NYHA Sınıf	Sınıf II	175	46,3
	Sınıf III	203	53,7
Hastalık Süresi	1 yıl	65	17,2
	2 yıl	145	38,4
	3 yıl	84	22,2
	4 yıl	33	8,7
	5 yıl ve üzeri	51	13,5
*Eşlik Eden Hastalıklar	Hipertansiyon	226	59,8
	Diyabetes Mellitus	161	42,6
	Kalp Hastalıkları	374	98,9
	Diğer	32	8,4
*Kullanılan İlaçlar	Diüretik	294	77,8
	Beta Bloker	294	77,8
	Antikoagulan	194	51,3
	ACE İnhibitör	144	38,1
	ARB	101	26,7
	Antiaritmik	95	25,1
	Digoxin	48	12,7
	Ca Kanal Bloker	2	0,5
Kullanılan İlaç Sayıları	En az 3 ilaç	242	64
	4 ve üzeri ilaç	136	36
Hastanede tekrarlı yatış durumu	Evet	276	73,0
	Hayır	102	27,0
Hastanede tekrarlı yatış sayısı	1 kez	56	14,8
	2 kez	104	27,5
	3 kez	52	13,8
	4 kez	50	13,2
	5 kez ve üzeri	14	3,7
EF ( 35,28±3,68)	30-35	209	55,3
	36-40	169	44,7
BKI	Zayıf	5	1,3
	Normal Kilolu	66	17,5
	Fazla Kilolu	190	50,3
	1.Derece Obez	92	24,3
	2.Derece Obez	22	5,8
	3. Derece Obez	3	0,8

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.2.'de Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bilgiler verildi.

Hastaların NYHA fonksiyonel sınıflaması incelendiğinde %46,3'ünün NYHA Sınıf II ve %53,7'sinin NYHA Sınıf III olduğu bulundu. Hastaların %17,2' sinin hastalık süresi bir yıl , %38,4'ünün hastalık süresi iki yıl, %22,2'sinin hastalık süresi üç yıl ,

%8,7'ünün hastalık süresi dört yıl, %13,5'inin hastalık süresi beş yıl ve üzeri olarak saptandı. Hastaların yarısından fazlasının (%59,8) Hipertansiyon, yarısına yakınının (%42,6) Diyabetes Mellitus, %98,9'unun kalp hastalığı tanısının olduğu belirlendi. Ayrıca %8,4 ünün diğer hastalıklarının (KBY, KOAH, gastrointestinal sistem ve eklem hastalıkları) olduğu saptandı.

Hastaların çoğunluğunun (%77,8) diüretik ve betabloker kullanmakta olup %51,3'ü antikoagülan, %38,1'i ACE inhibitörü, %26,7'si ARB , %25,1'i antiaritmik, %12,7'si digoxin, %0,5'i Ca kanal blokleri kullandığı tespit edildi. Hastaların %64'ü en az üç adet ilaç, %36'sının dört ve üzeri adet ilaç kullandığı saptandı.

Son bir yıl içerisinde kalp yetersizliği bağlı olarak hastanede tekrarlı yatış durumu incelendiğinde hastaların çoğunluğunun (%73) hastaneye yattığı, tekrarlı yatış öyküsü olanların ise %14,8'inin bir kez, %27,5'inin yılda iki kez, %13,8'inin yılda üç kez, %13,2'sinin dört kez ve %3,7'si yılda beş ve daha fazla olarak hastaneye yatışının olduğu bulundu.

EF değeri incelendiğinde ortalama EF puanı ( 35,28±3,68) olup, %55'i 30-35 arasında, %44,7'sinin 36-40 aralığında olduğu saptandı.

Hastaların BKI ortalaması 28,56±5,29 olup %1,3'ünün zayıf, %17,5'inin normal kilolu, %50,3'ün fazla kilolu, %24,3'ünün 1. derece obez olduğu, %5,8'inin 2. Derece obez, %0,8'inin ise 3. Derece obez olduğu saptanmıştır

**Tablo 6.3. Sosyodemografik Özelliklere Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması (N=378)**

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	İlaç Uyum Yarar	İlaç Uyum Engel	Diyete Uyum Yarar	Diyete Engel	Bireysel İzlem Yarar	Bireysel İzlem Engel	Öz Bakım Davranış	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
*Yaş	18-25	8	23,13±10,58	22,63±4,24	26,50±8,14	12,75±5,28	23,50±10,88	24,13±15,75	21,13±14,04
	26-35	18	26,72±5,81	22,06±2,75	28,72±5,02	11,00±2,67	26,44±7,31	19,22±12,05	18,28±8,57
	36-45	69	24,33±6,43	21,78±4,42	28,04±4,57	12,12±3,81	23,97±7,49	23,75±14,55	22,42±11,84
	46-55	103	21,45±7,81	24,05±4,78	25,72±6,07	12,58±3,51	21,08±8,01	31,92±16,50	35,32±14,17
	56-65	125	15,82±7,32	27,64±3,69	23,49±5,90	13,92±4,25	15,08±7,45	46,54±14,42	43,61±8,4
	66 ve üzeri	55	13,47±6,76	27,73±3,38	20,71±6,93	15,40±4,96	12,29±7,20	49,75±11,97	52,13±10,35
	Test Değeri p değeri		F=25,583 <b>&lt;0,0001</b>	F=27,078 <b>&lt;0,0001</b>	F=12,875 <b>&lt;0,0001</b>	F=6,517 <b>&lt;0,0001</b>	F=26,141 <b>&lt;0,0001</b>	F=39,180 <b>&lt;0,0001</b>	F=66,064 <b>&lt;0,0001</b>
Cinsiyet	Kadın	163	18,17±8,26	25,91±4,49	24,75±6,39	13,60±4,27	18,11±8,71	39,85±18,70	37,59±15,49
	Erkek	215	20,04±8,32	24,72±4,87,	24,9±6,34	13,03±4,15	19,06±8,92	34,99±17,18	36,32±15,21
	Test Değeri p değeri		t=2,174 <b>0,030</b>	t=-2,445 <b>0,015</b>	t=0,233 0,816	t=-1,302 0,940	t=-1,035 0,950	t=-2,620 <b>0,005</b>	t=-0,676 0,499
Medeni Durum	Evli	293	18,51±8,10	25,51±4,73	24,08±6,39	13,43±4,25	17,62±8,73	38,82±17,36	39,39±14,49
	Bekar	85	21,75±8,71	24,27±4,71	27,44±5,50	12,74±4,02	22,21±8,31	31,12±18,92	28,93±15,17
	Test Değeri p değeri		Z= -3,453 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -2,229 <b>0,026</b>	Z= -4,827 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -1,461 0,144	Z= -4,503 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -3,691 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -5,503 <b>&lt;0,0001</b>

F: Tek Yönlü ANOVA

t. Student t Test

Z: Mann Whitney U Testi

\*post-hoc testinin detayları metin içinde belirtildi

**Tablo 6.3. Sosyodemografik Özelliklere Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması (N=378) (Tablonun devamı)**

Sosyodemografik Özellikler		Sayı (n)	İlaç Uyum Yarar	İlaç Uyum Engel	Diyete Uyum Yarar	Diyete Uyum Engel	Bireysel İzlem Yarar	Bireysel İzlem Engel	Öz Bakım Davranış
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>*Eğitim Durumu</b>	Okur yazar değil	9	8,44±4,66	29,56±1,3	14,33±5,00	21,00±4,58	7,33±4,00	60,00±0,00	54,78±7,99
	Okur yazar	47	13,19±6,15	28,51±2,92	20,34±5,49	14,94±4,54	11,10±5,62	52,17±7,86	46,89±9,07
	İlkokul	105	15,56±6,93	27,70±3,5	23,44±6,34	14,11±4,35	15,11±7,33	47,66±13,61	42,50±9,85
	Ortaöğretim	154	22,35±7,99	23,96±4,66	25,99±5,77	12,69±3,68	20,90±8,45	30,76±16,71	34,77±15,48
	Üniversite	63	26,25±5,02	21,17±3,7	29,21±3,62	10,97±2,47	26,28±5,31	20,41±10,10	23,62±15,10
	Test Değeri p değeri		F=40,704 <0,0001	F=41,002 <0,0001	F=28,377 <0,0001	F=18,949 <0,0001	F=45,037 <0,0001	F=66,619 <0,0001	F=32,412 <0,0001
<b>*Meslek</b>	Öğrenci	4	29±0,81	20,25±3,5	30,75±0,50	9,50±1,00	29,00±2,00	15,75±4,50	13,75±2,36
	Memur	42	25,73±6,84	21,45±3,79	27,93±5,77	12,00±3,88	26,28±6,53	20,40±12,81	21,10±11,82
	İşçi	28	19,60±8,94	24,21±5,02	24,46±7,00	13,71±3,65	17,67±9,80	35,53±17,14	35,14±14,80
	Emekli	117	17,78±7,9	25,79±5,02	23,97±6,24	13,63±4,41	16,60±8,09	40,53±15,39	43,57±12,05
	Serbest meslek	59	23,62±7,07	23,56±3,9	27,49±4,99	12,14±3,37	23,37±7,47	26,28±15,71	30,59±15,60
	Ev hanımı	128	16,02±7,41	27,12±3,9	23,28±6,41	13,92±4,44	15,72±8,16	45,39±16,55	40,41±13,56
	Test Değeri p değeri		F=16,409 <0,0001	F=13,530 <0,0001	F=7,129 <0,0001	F=3,149 <0,0001	F=18,073 <0,0001	F=23,871 <0,0001	F=24,439 <0,0001

F: Tek Yönlü ANOVA

\*post-hoc testinin detayları metin içinde belirtildi

**Tablo 6.3. Sosyodemografik Özelliklere Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması (N=378) (Tablonun Devamı)**

Sosyodemografik Özellikler		Sayı (n)	İlaç Uyum Yarar	İlaç Uyum Engel	Diyete Uyum Yarar	Diyete Uyum Engel	Bireysel İzlem Yarar	Bireysel İzlem Engel	Öz Bakım Davranış
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>*Gelir durumu</b>	Düşük	170	16,16±7,89	27,14±4,09	22,47±6,79	13,94±4,54	15,15±8,39	44,82±16,19	40,91±13,20
	Orta	164	21,76±8,05	23,78±4,82	26,91±5,24	12,91±3,91	21,68±8,19	30,59±17,09	33,13±16,21
	Yüksek	44	21,68±7,19	23,30±4,19	26,25±5,30	12,11±3,50	20,84±8,08	31,40±16,41	36,68±13,25
	Test Değeri p değeri		F=26,780 <0,0001	F=28,891 <0,0001	F=25,847 <0,0001	F=4,002 <0,0001	F=33,544 <0,0001	F=37,799 <0,0001	F=12,833 <0,0001
<b>Sigara Kullanımı</b>	Evet	36	19,04±8,28	25,38±4,7	24,80±6,32	13,78±4,54	18,51±8,79	37,65±17,91	37,38±15,35
	Hayır	342	21,02±8,75	23,83±4,45	25,14±6,77	13,23±4,17	19,94±9,24	31,69±18,03	33,81±15,06
	Test Değeri P puanı		Z= -1585 0,113	Z= -2,139 <b>0,032</b>	Z= -0,517 0,605	Z= -0,945 0,345	Z= -1,002 0,316	Z= -2,069 <b>0,039</b>	Z= -1,233 0,217
<b>Alkol Kullanımı</b>	Evet	7	19,19±8,34	25,29±4,72	24,83±6,33	15,71±4,42	18,61±8,81	37,23±17,99	37,17±15,32
	Hayır	371	21,71±8,5	22,43±5,35	25,00±7,30	13,23±4,19	20,28±10,79	29,14±16,35	30,00±15,54
	Test Değeri P değeri		Z= -0,909 0,363	Z= -1,603 0,109	Z= -0,156 0,876	Z= -1,734 0,083	Z= -0,647 0,518	Z= -1,485 0,137	Z= -1,197 0,231

F: Tek Yönlü ANOVA

Z: Mann Whitney U Testi

\* post-hoc testinin detayları metin içinde belirtildi

Tablo 6.3.' de Sosyodemografik özelliklere göre ilaç uyumu, diyet uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançlar ile öz bakım davranış puanlarının karşılaştırılması verildi.

Yaş gruplarına göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda 26-35 yaş ( $26,72\pm 5,81$ ) aralığındaki hastalar uyumlu, 66 yaş üstü ( $13,47\pm 6,76$ ) hastaların ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda ise 66 yaş üstü ( $27,73\pm 3,38$ ) olan hastalar uyumsuz, 36-45 yaş ( $21,78\pm 4,42$ ) aralığındaki hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yaşları arttıkça uyumsuzluklarının arttığı saptandı.

Yaş gruplarına göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda 26-35 yaş ( $28,72\pm 5,02$ ) aralığındaki hastalar uyumlu, 66 yaş üstü ( $20,71\pm 6,93$ ) grupta olan hastalar uyumsuz olduğu tespit edildi. Engel alt boyutunda 66 yaş ve üzeri ( $15,40\pm 4,96$ ) olan hastaların uyumsuz, 26-35 yaş ( $11,00\pm 2,67$ ) aralığındaki hastaların uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yaşları arttıkça uyumsuzluklarının arttığı saptandı.

Yaş gruplarına göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda 26-35 yaş, ( $26,44\pm 7,31$ ) aralığındaki hastalar uyumlu, 66 yaş üstü ( $12,29\pm 7,20$ ) hastaların ise uyumsuz olduğu tespit edildi. Engel alt boyutunda 66 yaş ve üzeri ( $49,75\pm 11,97$ ) olan hastalar uyumsuz, 26-35 yaş ( $19,22\pm 12,05$ ) aralığındaki hastaların uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yaşları arttıkça uyumsuzluklarının arttığı saptandı.

Yaş gruplarına göre hastaların Öz Bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ). En 66 yaş ve üzeri

(52,13±10,35) olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz, 26-35 yaş (18,28±8,57) grubu hastaların ise öz bakım davranışlarının yeterli olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yaşları arttıkça öz bakım davranışının yetersiz olduğu saptandı.

Hastaları Cinsiyete göre İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyutunda gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). İUHİÖ yarar alt boyutunda erkeklerin (20,04±8,32) kadınlardan (18,17±8,26) daha uyumlu olduğu saptandı. İUHİÖ engel alt boyutunda ise kadınların (25,91±4,49) erkeklerden (24,72±4,87) daha uyumsuz olduğu bulundu. Cinsiyete göre Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) puanlar açısından gruplar arasında fark saptanmadı. ( $p>0,05$ ).

Cinsiyete göre Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, bireysel izlem engel alt boyut puanı gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ). BİUHİÖ engel alt boyutunda kadınların (39,85±18,70) erkeklerden (34,99±17,18) daha uyumsuz olduğu tespit edildi.

Cinsiyete göre hastaların Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Medeni duruma göre İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). İUHİÖ yarar alt boyutunda bekarların (21,75±8,71) evlilerden (18,51±8,10) daha uyumlu olduğu görüldü. İUHİÖ engel alt boyutunda evlilerin (25,51±4,73) bekarlardan (24,27±4,71) daha uyumsuz olduğu görüldü.

Medeni duruma göre Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) alınan puanlar değerlendirildiğinde, yarar alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). DUHIÖ yarar alt boyutunda bekarların (27,44±5,50) evlilerden (24,08±6,39) daha uyumlu olduğu görüldü.

Medeni duruma göre Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) alınan puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). BİUHİÖ yarar alt boyutunda bekarların (22,21±8,31) evlilerden (17,62±8,73) daha uyumlu olduğu görüldü. BİUHİÖ engel alt boyutunda evlilerin (38,82±17,36) bekarlardan (31,12±18,92) daha uyumsuz olduğu görüldü.

Medeni Duruma göre hastaların Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Evlilerin ( $39,39\pm14,49$ ) bekarlara ( $28,93\pm15,17$ ) göre öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu görüldü.

Eğitim durumuna göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda üniversite mezunu ( $26,25\pm5,02$ ) olan hastalar uyumlu, okuryazar olmayan ( $8,44\pm4,67$ ) hastaların ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda okuryazar olmayan ( $29,56\pm1,3$ ) hastaların uyumsuz, üniversite mezunu ( $21,17\pm3,7$ ) olan hastaların uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça uyumlarının arttığı saptandı.

Eğitim durumuna göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda üniversite mezunu ( $29,21\pm3,62$ ) olan hastalar uyumlu, okuryazar olmayan ( $14,33\pm5,00$ ) hastaların ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda okuryazar olmayan ( $21,00\pm4,58$ ) hastalar uyumsuz, üniversite mezunu ( $10,97\pm2,47$ ) hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça uyumlarının arttığı saptandı.

Eğitim durumuna göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda üniversite mezunu ( $26,28\pm5,31$ ) olan hastalar uyumlu, okuryazar olmayan ( $7,33\pm4,00$ ) hastaların uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda okuryazar olmayan ( $60,00\pm,00$ ) hastalar uyumsuz, üniversite mezunu ( $20,41\pm10,10$ ) hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça uyumlarının arttığı saptandı.

Eğitim durumuna göre, hastaların Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar



değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Okuryazar olmayan ( $54,78\pm7,99$ ) hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu, üniversite mezunu ( $23,62\pm15,10$ ) olan hastaların ise öz bakım davranışlarının yeterli olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça öz bakım davranışlarının iyi olduğu saptandı.

Meslek gruplarına göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) hastaların aldıkları puanlar incelendiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda öğrencilerin ( $29\pm0,81$ ) uyumlu olduğu, ev hanımlarının ( $16,02\pm7,41$ ) ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda ise ev hanımlarının ( $27,12\pm3,9$ ) uyumsuz, öğrencilerin ( $20,25\pm3,5$ ) ise uyumlu olduğu görüldü. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Meslek gruplarına göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda öğrencilerin ( $30,75\pm0,50$ ) uyumlu, ev hanımı olan hastaların ( $23,28\pm6,41$ ) uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda ev hanımı olan hastaların ( $13,92\pm4,44$ ) uyumsuz, öğrenci ( $9,50\pm1,00$ ) olan hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Meslek gruplarına göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda öğrenci ( $29,00\pm2,00$ ) olan hastaların uyumlu, ev hanımı ( $15,72\pm8,16$ ) olan hastaların ise uyumsuz olduğu tespit edildi. Engel alt boyutunda ev hanımı ( $45,39\pm16,55$ ) olan hastaların uyumsuz, öğrenci ( $15,75\pm4,50$ ) olan hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Meslek açısından hastaların Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Emekli ( $43,57\pm12,05$ )

ve ev hanımı ( $40,41 \pm 13,56$ ) olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz, öğrenci ( $13,75 \pm 2,36$ ) olan hastaların ise öz bakım davranışlarının yeterli olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Gelir düzeyine göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Yarar alt boyutunda, orta gelir düzeyine ( $21,76 \pm 8,05$ ) sahip olan hastalar uyumlu, düşük gelir düzeyine ( $16,16 \pm 7,89$ ) sahip olan hastaların ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda, düşük gelir düzeyine ( $27,14 \pm 4,09$ ) sahip olan hastaların uyumsuz, yüksek gelir düzeyine ( $23,30 \pm 4,19$ ) sahip olan hastaların ise uyumlu olduğu tespit edildi. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda farklılığın daha çok gelir düzeyi düşük ve orta seviyede olan hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastaların gelir düzeyi arttıkça uyumlarının arttığı tespit edildi.

Gelir düzeyine göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Yarar alt boyutunda orta gelir düzeyine ( $26,91 \pm 5,24$ ) sahip olan hastalar uyumlu, düşük gelir düzeyine ( $22,47 \pm 6,79$ ) sahip olan hastaların uyumsuz olduğu tespit edildi. Engel alt boyutunda, düşük gelir düzeyine ( $13,94 \pm 4,54$ ) sahip hastaların uyumsuz, yüksek gelir düzeyine ( $12,11 \pm 3,50$ ) sahip olan hastaların uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda farklılığın daha çok gelir düzeyi düşük ve orta seviyede olan hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastaların gelir düzeyi arttıkça uyumlarının arttığı tespit edildi.

Gelir düzeyine göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BIUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Yarar alt boyutunda orta gelir düzeyine ( $21,68 \pm 8,19$ ) sahip olan hastalar uyumlu, düşük gelir düzeyine ( $15,15 \pm 8,39$ ) sahip olan hastaların ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda, düşük gelir düzeyine ( $44,82 \pm 16,19$ ) sahip olan hastalar uyumsuz, orta gelir düzeyine ( $30,59 \pm 17,09$ ) sahip olan hastaların uyumlu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan

kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda farklılığın daha çok gelir düzeyi düşük ve orta seviyede olan hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastaların gelir düzeyi arttıkça uyumlarının arttığı tespit edildi.

Gelir Düzeyi açısından Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Düşük gelir düzeyine ( $40,91\pm13,20$ ) sahip olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz, orta gelir düzeyine ( $33,13\pm16,21$ ) sahip olan hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu tespit edildi. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda farklılığın daha çok gelir düzeyi düşük ve orta seviyede olan hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastaların gelir düzeyi azaldıkça öz bakım davranışının kötü olduğu saptandı.

Sigara kullanımı açısından İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Sigara kullanan hastalar ( $25,38\pm4,7$ ) uyumsuz, sigara kullanmayan ( $23,83\pm4,45$ ) hastaların ise uyumlu olduğu tespit edildi.

Sigara kullanımı açısından Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanımı açısından Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Sigara kullanan hastalar ( $37,65\pm17,91$ ) uyumsuz, sigara kullanmayan ( $31,69\pm18,03$ ) hastaların ise uyumlu olduğu tespit edildi.

Sigara kullanımı açısından, Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, hastalar arasında fark saptanmadı. ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanımı açısından İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanımı açısından Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanımı açısından Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ)

aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanımı açısından, Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, hastalar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).



**Tablo 6.4. NYHA Sınıf ve Hastalık Süresine Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması (N=378)**

Hastalık Özellikleri		Sayı (n)	İlaç Uyum Yarar	İlaç Uyum Engel	Diyete Uyum Yarar	Diyete Uyum Engel	Bireysel İzlem Yarar	Bireysel İzlem Engel	Öz bakım Davranış
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
NYHA Sınıf	Sınıf II	175	26,50±3,95	21,91±3,56	29,14±3,16	11,67±2,72	26,37±4,49	20,31±9,37	27,70±16,21
	Sınıf III	203	12,97±5,58	28,10±3,64	21,12±6,07	14,66±4,74	12,00±5,68	51,55±8,62	45,09±7,78
	Test Değeri p değeri		Z= -15,833 <0,0001	Z= -13,670 <0,0001	Z= -12,779 <0,0001	Z= -6,482 <0,0001	Z= -15,803 <0,0001	Z= -15,839 <0,0001	Z= -9,971 <0,0001
*Hastalık Süresi	1 yıl	65	25,70±5,27	21,75±3,19	28,77±3,97	11,57±2,33	24,68±6,58	23,02±12,59	25,85±14,11
	2 yıl	145	19,32±8,63	25,63±4,50	25,52±6,30	12,82±3,59	19,43±8,93	36,57±18,85	35,79±14,98
	3 yıl	84	17,48±7,78	26,67±4,18	23,35±6,44	13,62±4,79	16,08±8,53	42,64±16,60	39,75±12,49
	4 yıl	33	16,18±8,12	25,82±5,48	22,52±5,54	13,94±4,62	15,33±8,30	41,00±16,31	41,48±14,74
	5 ve üzeri	51	15,60±7,25	25,78±5,47	21,84±6,61	15,76±5,12	15,12±7,66	44,82±14,27	47,53±13,03
	Test Değeri p değeri		F= 16,569 <0,0001	F= 12,567 <0,0001	F= 13,237 <0,0001	F= 8,531 <0,0001	F= 14,663 <0,0001	F= 17,260 <0,0001	F= 19,281 <0,0001

Z: Mann Whitney U Testi

F: Tek Yönlü ANOVA

\*post-hoc testinin detayları metin içinde belirtildi

Tablo 6.4. NYHA sınıf ve hastalık süresine göre ilaç uyumu, diyet uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançlar ile öz bakım davranış puanlarının karşılaştırılması verildi.

NYHA Fonksiyonel Sınıf'a göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda NYHA Sınıf II ( $26,50\pm3,95$ ) olan hastalar uyumlu, NYHA Sınıf III ( $12,97\pm5,58$ ) olan hastalar ise uyumsuz olduğu tespit edildi. Engel alt boyutunda NYHA Sınıf III ( $28,10\pm3,64$ ) olan hastalar uyumsuz, NYHA Sınıf II ( $21,91\pm3,56$ ) olan hastaların ise daha uyumlu olduğu saptandı. Hastaların fonksiyonel sınıf düzeyi arttıkça uyumlarının arttığı tespit edildi.

NYHA Fonksiyonel Sınıf'a göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda NYHA Sınıf II ( $29,14\pm3,16$ ) olan hastalar daha uyumlu iken, NYHA Sınıf III ( $21,12\pm6,07$ ) olan hastaların daha uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda NYHA Sınıf III ( $14,66\pm4,74$ ) olan hastalar uyumsuz iken, NYHA Sınıf II ( $11,67\pm2,72$ ) olan hastaların daha uyumlu olduğu saptandı. Hastaların fonksiyonel sınıf düzeyi arttıkça uyumlarının arttığı tespit edildi.

NYHA Fonksiyonel Sınıf'a göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda NYHA Sınıf II ( $26,37\pm4,49$ ) olan hastalar uyumlu, NYHA Sınıf III ( $12,00\pm5,68$ ) olan hastaların ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda NYHA Sınıf III ( $51,55\pm8,62$ ) olan hastalar uyumsuz, NYHA Sınıf II ( $20,31\pm9,37$ ) olan hastaların uyumlu olduğu saptandı. Hastaların fonksiyonel sınıf düzeyi arttıkça uyumlarının arttığı tespit edildi.

NYHA Fonksiyonel Sınıf'a göre hastaların Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). NYHA Sınıf III ( $45,09\pm7,78$ ) olan hastaların öz bakım davranışları yetersiz, NYHA Sınıf II ( $27,70\pm16,21$ ) olan hastaların ise öz bakım davranışlarının yeterli olduğu saptandı. Hastaların fonksiyonel sınıf düzeyi arttıkça öz bakım davranışının iyileştiği saptandı.

Kalp yetersizliği hastalık süresine göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı. ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda hastalık süresi bir yıl ( $25,70\pm5,27$ ) olan hastalar uyumlu iken, hastalık süresi beş yıl ve üzeri

(15,60±7,25) olan hastaların uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda hastalık süresi dört yıl (25,82±5,48) olan hastalar uyumsuz iken, hastalık süresi bir yıl (21,75±3,19) olan hastaların uyumlu olduğu görüldü. Hastaların hastalık süresi azaldıkça uyumlarının arttığı saptandı.

Kalp yetersizliği hastalık süresine göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda hastalık süresi bir yıl (28,77±3,97) olan hastalar uyumlu iken, hastalık süresi beş yıl ve üzeri (21,84±6,61) hastaların uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda hastalık süresi beş yıl ve üzeri (15,76±5,12) olan hastaların uyumsuz, hastalık süresi bir yıl (11,57±2,33) olan hastaların ise uyumlu olduğu tespit edildi. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların hastalık süresi azaldıkça uyumlarının arttığı saptandı.

Kalp yetersizliği hastalık süresine göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BIUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda hastalık süresi bir yıl (24,68±6,58) olan hastalar uyumlu iken, hastalık süresi beş yıl ve üzeri (15,12±7,66) olan hastaların uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda hastalık süresi beş yıl ve üzeri (44,82±14,27) olan hastalar uyumsuz iken, hastalık süresi bir yıl (23,02±12,59) olan hastaların uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların hastalık süresi azaldıkça uyumlarının arttığı saptandı.

Kalp yetersizliği hastalık süresine göre hastaların Öz Bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Hastalık süresi beş yıl ve üzeri (47,53±13,03) olan hastaların öz bakım davranışları yetersiz, hastalık süresi bir yıl (25,85±14,11) olan hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu tespit edildi. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların hastalık süresi arttıkça öz bakım davranışlarının kötüleştiği saptandı.

**Tablo 6.5. Eşlik Eden Hastalıklara Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması (N=378)**

		Sayı (n)	İlaç Uyum Yarar Ort±SS	İlaç Uyum Engel Ort±SS	Diyete Uyum Yarar Ort±SS	Diyete Uyum Engel Ort±SS	Bireysel İzlem Yarar Ort±SS	Bireysel İzlem Engel Ort±SS	Öz Bakım Davranış Ort±SS
<b>Hipertansiyon</b>	Evet	226	17,87±7,98	25,90±4,55	24,18±6,30	13,97±4,56	17,16±8,60	40,76±17,46	39,42±16,37
	Hayır	152	21,26±8,48	24,24±4,77	25,82±6,33	12,25±3,37	20,86±8,75	31,64±17,42	33,49±14,15
	Test Değeri p değeri		Z= -4,051 <0,0001	Z= -3,469 <0,0001	Z= -2,909 <0,0001	Z= -3,820 <0,0001	Z= -4,001 <0,0001	Z= -5,058 <0,0001	Z= -3,387 <0,0001
<b>Diyabetes Mellitus</b>	Evet	161	16,70±7,80	26,48±4,62	23,31±6,49	14,26±4,46	15,74±8,25	43,75±16,60	41,97±13,07
	Hayır	217	21,11±8,24	24,30±4,63	25,97±6,02	12,55±3,86	20,81±8,65	32,15±17,41	33,38±15,89
	Test Değeri p değeri		Z= -5,008 <0,0001	Z= -4,680 <0,0001	Z= -4,211 <0,0001	Z= -4,315 <0,0001	Z= -5,434 <0,0001	Z= -6,256 <0,0001	Z= -5,134 <0,0001
<b>Kalp Hastalıkları</b>	Evet	374	17,25±10,24	25,23±4,75	24,79±6,37	13,29±4,20	18,69±8,85	37,07±18,05	36,98±15,24
	Hayır	4	19,26±8,33	25,25±4,57	28,75±2,63	12,25±4,71	14,75±7,36	38,75±12,68	43,00±18,56
	Test Değeri p değeri		Z= -0,497 0,619	Z= -0,147 0,883	Z= -1,202 0,230	Z= -0,859 0,391	Z= -1,038 0,299	Z= -0,111 0,912	Z= -0,820 0,412
<b>Diğer Hastalıkları</b>	Evet	32	14,45±7,91	26,74±5,20	20,74±6,66	16,61±5,42	14,06±8,69	47,19±17,14	43,39±16,05
	Hayır	346	19,67±8,25	25,10±4,69	25,20±6,20	12,98±3,95	19,06±8,74	36,19±17,81	36,47±15,08
	Test Değeri p değeri		Z= 3,298 0,001	Z= -2,325 0,020	Z= -3,719 <0,0001	Z= -3,791 <0,0001	Z= -2,911 0,004	Z= -3,705 <0,0001	Z= -2,653 0,008

Z: Mann Whitney U Testi



Tablo 6.5. Eşlik eden hastalıklara göre ilaç uyumu, diyet uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançlar ile öz bakım davranış puanlarının karşılaştırılması verildi.

Hipertansiyon hastalığına göre İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda HT olmayan ( $21,26\pm 8,48$ ) hastaların, HT olan ( $17,87\pm 7,98$ ) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise HT olan ( $25,90\pm 4,55$ ) hastaların, HT olmayan ( $24,24\pm 4,77$ ) hastalardan daha uyumsuz olduğu saptandı.

Hipertansiyon hastalığına göre Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda HT olmayan ( $25,82\pm 6,33$ ) hastaların, HT olan ( $24,18\pm 6,30$ ) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise HT olan ( $13,97\pm 4,56$ ) hastaların, HT olmayan ( $12,25\pm 3,37$ ) hastalardan daha uyumsuz olduğu saptandı.

Hipertansiyon hastalığına göre Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda HT olmayan ( $20,86\pm 8,75$ ) hastaların, HT olan ( $17,16\pm 8,60$ ) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise HT olan ( $40,76\pm 17,46$ ) hastaların, HT olmayan ( $31,64\pm 17,42$ ) hastalardan daha uyumsuz olduğu tespit edildi.

Hipertansiyon hastalığına göre Öz Bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). HT olan ( $39,42\pm 16,37$ ) hastaların, HT olmayan ( $33,49\pm 14,15$ ) hastalara göre öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu saptandı.

Diyabetes Mellitus (DM) hastalığına göre İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda DM olmayan ( $21,11\pm 8,24$ ) hastaların, DM olan ( $16,70\pm 7,80$ ) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise DM olan ( $26,48\pm 4,62$ ) hastaların, DM olmayan ( $24,30\pm 4,63$ ) hastalardan daha uyumsuz olduğu saptandı.

Diyabetes Mellitus (DM) hastalığına göre Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda DM olmayan

(25,97±6,02) hastaların, DM olan (23,31±6,49) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise DM olan (14,26±4,46) hastaların, DM olmayan (12,55±3,86) hastalardan daha uyumsuz olduğu saptandı.

Diyabetes Mellitus (DM) hastalığına göre Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda DM olmayan (20,81±8,65) hastaların, DM olan (15,74±8,25) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise DM olan (43,75±16,60) hastaların, DM olmayan (32,15±17,41) hastalardan daha uyumsuz olduğu saptandı.

Diyabetes Mellitus (DM) hastalığına göre Öz Bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). DM olan (41,97±13,07) olan hastaların, DM olmayan (33,38±15,89) hastalara göre öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu görüldü.

Kalp hastalıklarına göre İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Kalp hastalıklarına göre Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Kalp hastalıklarına göre Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Kalp hastalıklarına göre Öz Bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Diğer hastalıklara göre İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda diğer hastalığı olmayan (19,67±8,25) hastaların, diğer hastalığı olan (14,45±7,91) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise diğer hastalığı olan (26,74±5,21) hastaların, diğer hastalığı olmayan (25,10±4,69) hastalara göre daha uyumsuz olduğu tespit edildi

Diğer hastalıklara göre Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda diğer hastalığı olmayan (25,20±6,20) hastaların, diğer hastalığı olan (20,74±6,66) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü.

Engel alt boyutunda ise diğer hastalığı olan ( $16,61\pm5,42$ ) hastaların, diğer hastalığı olmayan ( $12,98\pm3,95$ ) hastalara göre uyumsuz olduğu tespit edildi

Diğer hastalıklara göre Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar leğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda diğer hastalığı olmayan ( $19,06\pm8,74$ ) hastaların, diğer hastalığı olan ( $14,06\pm8,69$ ) hastalardan daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise diğer hastalığı olan ( $47,19\pm17,14$ ) hastaların, diğer hastalığı olmayan ( $36,19\pm17,81$ ) hastalara göre daha uyumsuz olduğu tespit edildi

Diğer hastalıklara göre z Bakım Davranış leğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Diğer hastalığı olan ( $43,39\pm16,05$ ) olan hastaların, öz bakım davranışlarının yetersiz, diğer hastalığı olmayan ( $36,47\pm15,08$ ) hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu saptandı.

**Tablo 6.6. İlaç Sayısı ve Hastaneye Yatış Özelliklerine Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması (N=378)**

		Sayı (n)	İlaça Uyum	İlaça Uyum	Diyete Uyum	Diyete Uyum	Bireysel İzlem	Bireysel İzlem	Öz bakım
			Yarar	Engel	Yarar	Engel	Yarar	Engel	Davranış
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Kullanılan İlaç sayısı</b>	En az 3 ilaç	242	19,16±8,35	25,10±4,76	24,93±6,42	13,42±4,28	18,93±8,96	37,19±18,44	37,26±15,48
	4 ve üzeri ilaç	136	19,43±8,35	25,47±4,74	24,70±6,26	13,06±4,06	18,19±8,63	36,83±17,25	36,64±14,97
	Test Değeri p değeri		Z=-0,285 0,776	Z=-0,715 0,475	Z=-0,464 0,643	Z=-0,923 0,356	Z=-0,895 0,371	Z=-0,381 0,703	Z=-0,161 0,872
<b>Hastanede tekrarlı yatış durumu</b>	Evet	276	17,57±8,04	26,12±4,57	23,70±6,47	13,53±4,47	16,72±8,45	41,66±16,57	39,94±13,96
	Hayır	102	23,76±7,44	22,84±4,39	27,91±4,86	12,60±3,31	23,88±7,69	24,72±15,75	29,20±16,19
	Test Değeri p değeri		Z= -6,608 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -6,412 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -6,120 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -1,055 p=0,292	Z= -7,160 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -7,861 <b>&lt;0,0001</b>	Z= -5,812 <b>&lt;0,0001</b>
<b>*Hastanede tekrarlı yatış sayısı</b>	1 Kez	56	22,80±6,76	22,86±4,06	27,66±4,46	11,86±3,15	22,66±7,53	29,84±16,34	33,61±15,97
	2 kez	104	18,59±8,29	26,30±4,09	24,22±6,37	13,10±4,20	17,50±8,53	39,48±16,51	37,93±11,407
	3 kez	52	15,44±7,49	27,38±4,02	22,37±7,06	14,85±5,08	14,42±7,92	48,44±14,48	42,35±11,28
	4 kez	50	12,66±6,02	27,60±4,68	20,50±5,92	14,86±5,06	12,26±6,15	49,98±10,84	46,78±11,10
	5 ve üzeri	14	14,43±4,8	27,79±5,48	20,36±4,94	13,79±3,98	11,57±4,81	50,29±9,17	46,79±7,44
	Test Değeri p değeri		F=14,975 <b>&lt;0,0001</b>	F=11,440 <b>&lt;0,0001</b>	F=11,457 <b>&lt;0,0001</b>	F=4,684 <b>&lt;0,0001</b>	F=15,596 <b>&lt;0,0001</b>	F=17,075 <b>&lt;0,0001</b>	F=8,517 <b>&lt;0,0001</b>

Z: Mann Whitney U Testi

F: Tek Yönlü ANOVA

\*post-hoc testinin detayları metin içinde belirtildi

Tablo 6.6. İlaç sayısı ve hastaneye yatış özelliklerine göre ilaç uyumu, diyet uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançlar ile öz bakım davranış puanlarının karşılaştırılması verildi.

Kullanılan ilaç sayılarına göre İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Kullanılan ilaç sayılarına göre Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Kullanılan ilaç sayılarına göre Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Kullanılan ilaç sayılarına göre Öz Bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Son bir yıl içerisinde hastanede tekrarlı yatış durumları ile İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda hastanede tekrarlı yatışı olmayan ( $23,76\pm 7,44$ ) hastaların, hastanede tekrarlı yatışı olan ( $17,57\pm 8,04$ ) hastalara göre daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise hastanede tekrarlı yatışı olan ( $26,12\pm 4,57$ ) hastaların hastanede tekrarlı yatışı olmayan ( $22,84\pm 4,39$ ) hastalara göre daha uyumsuz olduğu saptandı.

Son bir yıl içerisinde hastanede tekrarlı yatış durumları ile Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar alt boyutunda gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda hastanede tekrarlı yatışı olmayan ( $27,91\pm 4,86$ ) hastaların, hastanede tekrarlı yatışı olan ( $23,70\pm 6,47$ ) hastalara göre daha uyumlu olduğu görüldü.

Son bir yıl içerisinde hastanede tekrarlı yatış durumları ile Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda hastanede tekrarlı yatışı olmayan ( $23,88\pm 7,69$ ) hastaların, hastanede tekrarlı yatışı olan ( $16,72\pm 8,45$ ) hastalara göre daha uyumlu olduğu görüldü. Engel alt boyutunda ise hastanede tekrarlı yatışı olan ( $41,66\pm 16,57$ ) hastaların, hastanede tekrarlı yatışı olmayan

(24,72±15,75) hastalara göre daha uyumsuz olduğu saptandı.

Son bir yıl içerisinde hastanede tekrarlı yatışları ile Öz Bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, öz bakım davranış ölçeği toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Hastanede tekrarlı yatışı olan (39,94±13,96) hastaların, hastanede tekrarlı yatışı olmayan (29,20±16,19) hastalara göre öz bakım davranışının yetersiz olduğu saptandı.

Hastanede tekrarlı yatış sayısına göre, İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda son bir yıl içerisinde bir kez (22,80±6,76) hastaneye yatan hastalar uyumlu, son bir yıl içerisinde dört kez (12,66±6,02) hastaneye yatan hastaların ise uyumsuz olduğu görüldü. Engel alt boyutunda son bir yıl içerisinde beş kez ve üzeri (27,79±5,48) olan hastaların uyumsuz, son bir yıl içerisinde bir kez (22,86±4,06) hastaneye yatan hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yatış sayısı azaldıkça uyumlarının arttığı görüldü.

Hastanede tekrarlı yatış sayısına göre, Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda son bir yıl içerisinde bir kez (27,66±4,46) hastaneye yatan uyumlu, son bir yıl içerisinde beş kez ve üzeri (20,36±4,94) hastaneye yatan hastaların uyumsuz olduğu görüldü. Engel alt boyutunda son bir yıl içerisinde dört kez (14,86±5,06) olan hastaların uyumsuz, son bir yıl içerisinde bir kez (11,86±3,15) hastaneye yatan hastaların ise uyumlu olduğu tespit edildi. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yatış sayısı azaldıkça uyumlarının arttığı görüldü.

Hastanede tekrarlı yatış sayısına göre, Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda son bir yıl içerisinde bir kez (22,66±7,53) hastaneye yatan hastaların uyumlu, son bir yıl içerisinde beş kez ve üzeri (11,57±4,81) olan hastaların ise uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda son bir yıl içerisinde beş kez (50,29±9,17) olan hastaların uyumsuz, son bir yıl içerisinde bir kez (29,84±16,34) hastaneye yatan hastaların ise uyumlu olduğu tespit edildi. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm

gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yatış sayısı azaldıkça uyumlarının arttığı görüldü.

Hastanede tekrarlı yatış sayısına göre, Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Son bir yıl içerisinde beş kez ve üzeri ( $46,79\pm7,44$ ) hastaneye yatan hastaların öz bakım davranışları yetersiz, son bir yıl içerisinde bir kez ( $33,61\pm15,97$ ) hastaneye yatan hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu tespit edildi. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların yatış sayısı arttıkça öz bakım davranışlarının kötüleştiği görüldü.



**Tablo 6.7. EF ve BKİ değerlerine göre Göre İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar ile Öz Bakım Davranış Puanlarının Karşılaştırılması (N=378)**

Hastalık Özellikleri	Sayı (n)	İlaç Uyum Yarar	İlaç Uyum Engel	Diyete Uyum Yarar	Diyete Uyum Engel	Bireysel İzlem Yarar	Bireysel İzlem Engel	Öz bakım Davranış	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
EF	%30-%35	209	13,89±6,48	27,69±3,95	21,66±6,27	14,47±4,74	12,92±6,64	49,59±11,40	44,19±9,69
	%36-%40	169	25,85±4,97	22,22±3,82	28,77±3,70	11,80±2,80	25,72±5,48	21,69±11,56	28,20±16,42
	Test Değeri p değeri		Z= -14,028 <0,0001	Z= -12,058 <0,0001	Z= -11,299 <0,0001	Z= -5,664 <0,0001	Z= -14,038 <0,0001	Z= -14,187 <0,0001	Z= -9,112 <0,0001
*BKİ	Zayıf	5	19,00±12,08	20,40±4,39	22,80±10,78	14,00±4,00	20,40±13,14	31,80±15,99	40,60±20,92
	Normal Kilolu	66	23,86±7,09	23,08±4,37	27,44±5,108	11,91±3,72	23,53±7,31	26,27±15,26	29,14±15,55
	Fazla Kilolu	190	19,32±8,32	25,28±4,48	25,01±6,54	13,32±3,98	18,83±8,95	36,45±17,83	36,31±14,90
	1.Derece Obez	92	16,62±8,17	26,80±4,40	23,29±6,31	13,76±4,47	16,10±8,29	43,89±17,38	40,43±13,72
	2.Derece Obez	22	16,09±6,08	25,82±6,62	22,82±4,83	14,50±5,18	13,27±6,31	47,09±12,34	49,36±8,00
	3. Derece Obez	3	16,33±8,96	25,00±4,35	22,33±5,50	16,00±7,93	15,00±8,54	42,67±16,16	56,67,±5,77
	Test Değeri p değeri		F=6,814 <0,0001	F=6,374 <0,0001	F=3,636 0,003	F=2,177 0,005	F=7,885 <0,0001	F=9,917 <0,0001	F=9,387 <0,0001

Z: Mann Whitney U Testi

F: Tek Yönlü ANOVA

\* post-hoc testinin detayları metin içinde belirtildi



Tablo 6.7. EF ve BKİ değerlerine göre ilaç uyumu, diyet uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançlar ile öz bakım davranış puanlarının karşılaştırılması verildi

Ejeksiyon Fraksiyonu (EF)' una göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda EF' si %36-40 ( $25,85\pm4,97$ ) olan hastaların, EF' si %30-35 ( $13,89\pm6,48$ ) olan hastalara göre daha uyumlu olduğu saptandı. Engel alt boyutunda EF' si %30-35 ( $27,69\pm3,95$ ) olan hastaların, EF' si %36-40 ( $22,22\pm3,82$ ) olan hastalara göre daha uyumsuz olduğu saptandı.

Ejeksiyon Fraksiyonu (EF)' una göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda EF' si %36-40 ( $28,77\pm3,70$ ) olan hastaların, EF' si %30-35 ( $21,66\pm6,27$ ) olan hastalara göre daha uyumlu olduğu saptandı. Engel alt boyutunda EF' si %30-35 ( $14,47\pm4,74$ ) olan hastaların EF' si %36-40 ( $11,80\pm2,80$ ) olan hastalara göre daha uyumsuz olduğu saptandı.

Ejeksiyon Fraksiyonu (EF)' una göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda EF' si %36-40 ( $25,72\pm5,48$ ) olan hastaların, EF' si %30-35 ( $12,92\pm6,64$ ) olan hastalara göre daha uyumlu olduğu bulundu. Engel alt boyutunda EF' si %30-35 ( $49,59\pm11,40$ ) olan hastaların, EF' si %36-40 ( $21,69\pm11,56$ ) olan hastalara göre daha uyumsuz olduğu bulundu.

Ejeksiyon Fraksiyonu (EF)' sine göre hastaların Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). EF' si %30-35 ( $44,19\pm9,69$ ) olan hastaların, EF' si %36-40 ( $28,20\pm16,42$ ) olan hastalara göre öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu tespit edildi.

Beden Kitle İndex'ine (BKİ) göre hastaların İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar

Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda normal kilolu ( $23,86\pm7,09$ ) olan hastaların uyumlu olduğu, 2.Derece Obez ( $16,09\pm6,08$ ) grubunda olan hastaların uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda 1. Derece obez ( $26,80\pm4,40$ ) olan hastaların uyumsuz, zayıf ( $20,40\pm4,39$ ) olan hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların BMI azaldıkça uyumlarının arttığı görüldü.

Beden Kitle İndex'ine göre hastaların Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (DUHIÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda normal kilolu ( $27,44\pm5,10$ ) olan hastaların uyumlu olduğu, 3.Derece obez ( $22,33\pm5,50$ ) olan hastaların uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda en yüksek puanı 3. Derece obez ( $16,00\pm7,93$ ) olan hastaların uyumsuz, normal kilolu ( $11,91\pm3,72$ ) olan hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların BMI azaldıkça uyumlarının arttığı görüldü.

Beden Kitle İndex'ine göre hastaların Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (BİUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yarar alt boyutunda normal kilolu ( $23,53\pm7,31$ ) olan hastalar uyumlu, 2. Derece Obez ( $13,27\pm6,31$ ) olan hastaların uyumsuz olduğu saptandı. Engel alt boyutunda 2. Derece obez ( $47,09\pm12,34$ ) olan hastaların uyumsuz, normal kilolu ( $26,27\pm15,26$ ) olan hastaların ise uyumlu olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların BMI azaldıkça uyumlarının arttığı görüldü.

Beden Kitle İndex'ine göre hastaların Öz bakım Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). 3. Derece obez ( $56,67,\pm5,77$ ) olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz, normal kilolu ( $29,14\pm15,55$ ) olan hastaların ise öz bakım davranışlarının yeterli olduğu saptandı. Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analiz sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastaların BMI

arttikça öz bakım davranışlarının kötüleştigi görüldü.

**Tablo 6.8. İlaç Uyumu, Diyet Uyumu ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği ile Öz Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Dağılımları (N=378)**

Ölçekler		Ort ±Ss	Min - Max
İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği	Yarar Alt Boyut	19,23±8,34	6 - 30
	Engel Alt Boyut	25,23±4,74	6 - 30
Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği	Yarar Alt Boyut	24,84±6,35	11 - 33
	Engel Alt Boyut	13,28±4,20	5 - 25
Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği	Yarar Alt Boyut	18,65±8,83	6 - 30
	Engel Alt Boyut	37,09±17,99	12 - 60
Öz Bakım Davranış Ölçeği	Toplam Puan	37,04±15,26	12 - 60

Tablo 6.8. İlaç uyumu, diyet uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeği ile öz bakım davranış ölçeği puanlarının dağılımları verildi.

Araştırmaya katılan hastaların, İlaç Uyumu yarar alt boyutu puan ortalaması (19,23±8,34), İlaç Uyumu engel alt boyutu puan ortalaması (25,23±4,74). Diyet Uyumu yarar alt boyutu puan ortalaması (24,84±6,35), Diyet uyumu engel alt boyutu puan ortalaması (13,28±4,20). Bireysel izlem yarar alt boyutu puan ortalaması (18,65±8,83), Bireysel İzlem engel alt boyutu puan ortalaması (37,09±17,99), Öz Bakım Davranış toplam puan ortalaması (37,04±15,26) olduğu bulundu.

**Tablo 6.9. İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç, Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç, Bireysel İzlem Hakkındaki İnanç ile Öz Bakım Davranış Puanları Arasındaki İlişki (N=378)**

ÖLÇEKLER			İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç		Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç		Bireysel İzlem Hakkındaki İnanç		Öz Bakım Davranışı
			Yarar	Engel	Yarar	Engel	Yarar	Engel	Toplam
İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç	Yarar	r p	1,000 <b>0,000</b>						
	Engel	r p	-,653** <b>0,000</b>	1,000 <b>0,000</b>					
Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç	Yarar	r p	,752** <b>0,000</b>	-,499** <b>0,000</b>	1,000 <b>0,000</b>				
	Engel	r p	-,506** <b>0,000</b>	,402** <b>0,000</b>	-,484** <b>0,000</b>	1,000 <b>0,000</b>			
Bireysel İzlem Hakkındaki İnanç	Yarar	r p	,878** <b>0,000</b>	-,658** <b>0,000</b>	,786** <b>0,000</b>	-,473** <b>0,000</b>	1,000 <b>0,000</b>		
	Engel	r p	-,864** <b>0,000</b>	,724** <b>0,000</b>	-,684** <b>0,000</b>	,487** <b>0,000</b>	-,879** <b>0,000</b>	1,000 <b>0,000</b>	
Öz Bakım Davranışı	Toplam	r p	-,547** <b>0,000</b>	,518** <b>0,000</b>	-,452** <b>0,000</b>	,318** <b>0,000</b>	-,582** <b>0,000</b>	,602** <b>0,000</b>	1,000 <b>0,000</b>

*r. Spearman Korelasyon Analizi*

*p<0,01*

Tablo 6.9. İlaç uyumu hakkındaki inanç, diyet uyumu hakkındaki inanç, bireysel izlem hakkındaki inanç ile öz bakım davranış puanları arasındaki ilişki verildi.

Hastaların İUHIÖ yarar altboyutu ile İUHIÖ engel altboyutu arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=-0,653$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ yarar altboyutu ile DUHIÖ yarar alt boyutunda pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=0,752$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ yarar altboyutu ile DUHIÖ engel alt boyutunda negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=-0,506$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ yarar altboyutu ile BİUHIÖ yarar alt boyutunda pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=0,878$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ yarar altboyutu ile BİUHIÖ engel alt boyutunda negatif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=-0,864$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ yarar altboyutu ile öz bakım davranış ölçeği toplam puan arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $r=-0,547$ ;  $p<0,001$ ).

İUHIÖ engel altboyutu ile DUHIÖ yarar alt boyutunda negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu ( $r=-0,499$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ engel altboyutu ile DUHIÖ engel alt boyutunda pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=0,402$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ engel altboyutu ile BİUHIÖ yarar alt boyutunda negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=-0,658$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ engel altboyutu ile BİUHIÖ engel alt boyutunda pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=0,724$ ;  $p<0,001$ ), İUHIÖ engel altboyutu ile öz bakım davranış puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptandı ( $r=0,518$ ;  $p<0,001$ ).

Hastaların DUHIÖ yarar altboyutu ile DUHIÖ engel alt boyutunda negatif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu ( $r=-0,484$ ;  $p<0,001$ ), DUHIÖ yarar altboyutu ile BİUHIÖ yarar alt boyutunda pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu ( $r=0,786$ ;  $p<0,001$ ), DUHIÖ yarar altboyutu ile BİUHIÖ engel alt boyutunda negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu ( $r=-0,684$ ;  $p<0,001$ ), DUHIÖ yarar altboyutu ile öz bakım davranış puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu saptandı ( $r=-0,452$ ;  $p<0,001$ ).

DUHIÖ engel altboyutu ile BİUHIÖ yarar alt boyutunda negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=-0,473$ ;  $p<0,001$ ), DUHIÖ engel altboyutu ile BİUHIÖ engel alt boyutunda pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=0,487$ ;  $p<0,001$ ), DUHIÖ engel altboyutu ile öz bakım davranış puanı pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki saptandı ( $r=0,318$ ;  $p<0,001$ ).

Hastaların BİUHIÖ yarar alt boyutu ile BİUHIÖ engel alt boyutu ile negatif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=-0,879$ ;  $p<0,001$ ), BİUHIÖ yarar alt boyutu ile öz bakım davranış puanı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $r=-0,582$ ;  $p<0,001$ ).

BİUHIÖ engel alt boyutu ile öz bakım davranış puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı ( $r=0,602$ ;  $p<0,001$ ).

Korelasyon analizi ile elde edilen sonuçlara göre, ilaç uyumuna olan inanç, diyet uyumuna olan inanç, bireysel izleme olan inanç ve öz bakım davranışları arasında ilişki bulunmuştur.

**Tablo 6.10. İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç, Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç, Bireysel İzlem Hakkındaki İnançın Öz Bakım Davranış Puanı Üzerine Etkisi (N=378)**

	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>Sabit</b>	4,695	34,095	0,000		
<b><sup>a</sup>İlaç Uyum Yarar <sup>b</sup>Öz Bakım Davranış</b>	-0,506	-12,831	0,000	164,643	0,303
<b>Sabit</b>	-0,412	-1,352	0,000		
<b><sup>c</sup>İlaç Uyum Engel <sup>b</sup>Öz bakım Davranış</b>	0,829	11,643	0,000	135,570	0,263
<b>Sabit</b>	5,338	22,621	0,000		
<b><sup>d</sup>Diyet Uyum Yarar <sup>b</sup>Öz bakım Davranış</b>	-0,638	-9,904	0,000	98,086	0,205
<b>Sabit</b>	1,809	8,765	0,000		
<b><sup>e</sup>Diyet Uyum Engel <sup>b</sup>Öz Bakım Davranış</b>	0,476	6,426	0,000	41,287	0,097
<b>Sabit</b>	4,646	37,342	0,000		
<b><sup>f</sup>Bireysel İzlem Yarar <sup>b</sup>Öz Bakım Davranış</b>	-0,506	-13,982	0,000	195,496	0,340
<b>Sabit</b>	1,489	12,404	0,000		
<b><sup>g</sup>Bireysel İzlem Engel <sup>b</sup>Öz Bakım Davranış</b>	0,513	14,663	0,000	215,003	0,362

$p<0,001$

a)Bağımsız Değişken: İlaç Uyum Yarar

b)Bağımlı Değişken: Öz Bakım Davranış Ölçeği Toplam Puan

c)Bağımsız Değişken: İlaç Uyum Engel

d)Bağımsız Değişken: Diyet Uyum Yarar

e)Bağımsız Değişken: Diyet Uyum Engel

f)Bağımsız Değişken: Bireysel İzlem Yarar

g)Bağımsız Değişken: Bireysel İzlem Engel

Tablo 6.10. İlaç uyumu hakkındaki inanç, diyet uyumu hakkındaki inanç, bireysel izlem hakkındaki inancın öz bakım davranış puanı üzerine etkisi verildi.

İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç Ölçeği Yarar alt boyut puanının Öz Bakım Davranış toplam puan üzerine etkisini yorumlamak için yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=164,643$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=0,303$ ). İlaç uyumu yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 30'luk kısmını açıklamaktadır. İlaç uyum yarar puanı arttıkça öz bakım davranış puanının azaldığı saptandı ( $\beta=-0,506$ ).

İlaç Uyumu Hakkındaki İnanç Ölçeği Engel alt boyut puanının Öz Bakım Davranış toplam puan üzerine etkisini yorumlamak için yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=135,570$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=0,263$ ). İlaç uyumu engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 26'lık kısmını açıklamaktadır. İlaç uyum engel puanı arttıkça öz bakım davranış puanının arttığı saptandı ( $\beta=0,829$ ).

Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç Ölçeği Yarar alt boyut puanının Öz Bakım Davranış toplam puan üzerine etkisini yorumlamak için yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=98,086$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=0,205$ ). Diyet uyumu yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 20'lik kısmını açıklamaktadır. Diyet uyum yarar puanı arttıkça öz bakım davranış puanının azaldığı saptandı ( $\beta=-0,638$ ).

Diyet Uyumu Hakkındaki İnanç Ölçeği Engel alt boyut puanının Öz Bakım Davranış toplam puan üzerine etkisini yorumlamak için yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=41,287$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=0,097$ ). Diyet uyumu engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 0,9'luk kısmını açıklamaktadır. Diyet uyum engel puanı arttıkça öz bakım davranış puanının arttığı saptandı ( $\beta=0,476$ ).

Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Yarar alt boyut puanının Öz Bakım Davranış toplam puan üzerine etkisini yorumlamak için yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=195,496$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=0,340$ ). Bireysel izlem yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 34'lük kısmını açıklamaktadır. Bireysel izlem yarar puanı arttıkça öz bakım davranış puanının azaldığı saptandı ( $\beta=-0,506$ ).

Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Engel alt boyut puanının Öz Bakım Davranış toplam puan üzerine etkisini yorumlamak için yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=215,003$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=0,364$ ). Bireysel izlem engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 36'lık kısmını açıklamaktadır.

Bireysel izlem engel puanı arttıkça öz bakım davranış puanının arttığı saptandı ( $\beta=0,513$ ).





## 7.TARTIŞMA

Bu bölümde kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulguların tartışması sunulmuştur.

### 7.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler Ait Bulguların Tartışması

Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması  $53,14\pm 11,46$  olarak bulunmuştur (Tablo 6.1.) Köseoğlu ve Enç'in kalp yetersizliği hastalarında ilaç uyumu çalışmasında yaş ortalamasını  $67.32\pm 12.05$ , Değertekin ve ark. tarafından yapılan 4650 kişi ile yürütülen HAPPY çalışmasında yaş ortalaması  $52,0\pm 11,9$ , Oğuz'un kalp yetersizliği hastalarında yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması  $59,33\pm 12,52$  olarak belirtilmektedir (20,6,58). Literatürde Kalp yetersizliği hastalarının yaş ortalamasının benzer olduğu başka çalışmalar da bulunmaktadır (21,27,101,102). Yaş değiştirilemez bir risk faktörüdür, yaş arttıkça kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır. Çalışma sonuçlarımız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (103).

Bu çalışmada hastaların yarısından fazlasının (%56,9) erkek olduğu bulundu (Tablo 6.1.) Cinsiyet kalp hastalıklarını risk açısından önemli bir faktör olarak değerlendirilmelidir. Çalışmamıza benzer şekilde, Köseoğlu ve Enç'in çalışmasında çalışmaya katılan hastaların %53.3'ünün Oğuz ve ark. çalışmasında %58.8'inin erkek olduğu bildirilmektedir (11,20). Ancak literatürde kadın hasta sayısının erkek hastalardan daha fazla olduğu bu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (6,21). Cinsiyet kalp hastalıkları açısından önemli bir etkidir. TEK HARF çalışmasında koroner arter hastalığı risk faktörleri açısından kadın (%12,1) hastaların prevalansı erkeklerden (13,9) daha düşüktür (104). Literatürde ki çalışmaların yarısında araştırma sonuçlarının cinsiyete göre değerlendirilmemesine rağmen yapılan diğer çalışmalar erkeklerle karşılaştırıldığında kalp hastalıklarında tedavinin yararları kadınlarda daha yüksek olarak saptanmıştır, KY resenkronizasyon tedavisinde olduğu gibi (105). Çalışma sonuçlarımız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun (%77,5) evli olduğu belirlendi (Tablo 6.1.). KY'de öz bakım, motivasyon, zorluklar ve öz düzenleme isimli bir çalışmada hastaların %84,4'ünün evli olduğu bulunmuştur (106). Yapılan başka bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%71,1) evli olduğu, %12'sinin ise boşanmış veya ayrı yaşadığını saptanmıştır (97). Çalışma sonuçlarımız yularındaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların çok az bir kısmının (%2,4) okuryazar olmadığı, yarısına yakınının (%40,7') si ortaöğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.1.). Değertekin ve ark. yapmış olduğu çalışmada hastaların %57,2'sinin ilkokul mezunu, Kalp yetersizliği öz bakım davranış ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında katılan hastaların %58,8'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (6,97).Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %55,4'ünün okur yazar olmadığını, %41,3 ise ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (21). Bu çalışmada yapılan diğer araştırmalardan farklı olarak çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır.

Meslek gruplarına göre hastaların %33,9'u ev hanımı, %31'i emekli az bir kısmının öğrenci (%1.1) olduğu saptandı (Tablo 6.1.). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlarının incelenmesi isimli çalışmada hastaların %43,3'ünün emekli olduğu saptanmıştır (21). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının İncelenmesi isimli çalışmada hastaların %61'inini ev hanımı olduğu belirlenmiştir (27). Yapılan diğer bir çalışmada ise hastaların %30'unun ev hanımı, % 26,3'ünün emekli olduğunu bulunmuştur (58). Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların,% 45'inin gelir durumunun kötü, % 43,4'ünün gelir durumunun orta seviyede, %11,6'sının ise gelir durumunun iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1.). Rosengren ve ark. 20 ülkede yapmış olduğu PURE çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan ülkelerde kardiyovasküler hastalıkların çok fazla olduğu, düşük gelir seviyesi ile düşük eğitime sahip olma arasında ilişki olduğu saptanmıştır (107). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların büyük çoğunluğunun gelir durumunun iyi olduğunu belirlenmiştir (58). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı

Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi isimli çalışmada hastaların %61'inin gelir düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirtilmişlerdir (108). Literatürde Kalp yetersizliği hastalarında gelir durumunun benzer olduğu başka çalışmalar da bulunmaktadır (14,27). Düşük sosyoekonomik durum hastalarda diyet ve öz bakım davranışlarının kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %9,5'inin sigara kullandığı, %1,9'unun ise alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1.). Sigaranın kalp ve damar sağlığı açısından zararlarının başında damar sertliğinin ilerlemesine neden olması gelmektedir. Başta sigara olmak üzere tüm tütün ürünleri, damar sertliğinin ortaya çıkmasına neden olurken, damar sertliği olan hastalarda da rahatsızlığın ilerlemesine neden olmaktadır. Sigara kullanmanın bir diğer zararı; kanın akışkanlığını bozması ve pıhtılaşma eğilimini arttırmasıdır. Bunun sonucunda damarın tıkanma süreci hızlanmaktadır (109). Yapılan bir çalışmada sigara kullanımı %21,3 alkol kullanımı ise %13,8 olarak bulunmuştur (58). Laonigro ve ark. çalışmasında aşırı alkol kullanımının kalp için toksik olduğu ve Amerika Birleşik Devletlerinde tüm iskemik olmayan kardiyomiyopati olan hastaların 1/3'üne denk geldiğini vurgulamışlardır (110). Demir'in çalışmasında sigara kullanımı %12, alkol kullanımı ise %9,3 tür (111). Knafl ve ark. çalışmasında %11,8'inin sigara kullanmadığı, %45,3'ünün sigarayı bıraktığı, %12,6'sının sigara kullandığı bulunmuştur (112). Çalışma sonucumuz sigara kullanımı açısından yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, alkol kullanımı açısından ise daha düşük olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada hastaların yarısından fazlası (%53,7) NYHA sınıf III idi (Tablo 6.2.). Kalp yetersizliği hastaları ile yapılan çeşitli çalışmalarda en büyük oranın NYHA sınıf III hastalarına ait olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların %38,9'u NYHA sınıf III, %26,5'i NYHA sınıf II olarak saptanmıştır (94). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile diyet uyumları arasındaki ilişki isimli çalışmada hastaların, %35'inin NYHA sınıf II olduğu, %31,2'sinin ise NYHA sınıf III grupta olduğu saptanmıştır (113). Literatürde Kalp yetersizliği hastalarının NYHA sınıflamasının benzer olduğu başka çalışmalar da bulunmaktadır

(11,21). Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık süresi değerlendirildiğinde, sadece %17,2'sine bir yıl önce %38,4'üne iki yıl önce, %22,2'sine üç yıl önce, , %13,5'ine beş yıl ve üzeri sürede, % 8,7'sine dört yıl önce tanı konulduğu görülmektedir (Tablo 6.2.). Literatürde benzer çalışmalarda hastalık süresi çoğunlukla 2 yıl ve üzeri olarak bildirilmektedir (11,21, 27,112,140). Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalarında %59,8 oranı ile ilk sırada hipertansiyon, ikinci sırada %42,6 oranı ile DM, %8,4 oranı ile diğer hastalıklar görülmektedir (Tablo 6.2.). Hipertansiyon, koroner aterosklerozun gelişimini hızlandırır. Ateroskleroz gelişiminden sonra miyokardın oksijen ihtiyacını arttırır. Sol ventrikül hipertrofisi gelişir. Sol ventrikül hipertrofisi olan bir hasta miyokard infarktüsü (MI) geçirirse, MI daha yaygın olur ve infarktın ilerleme hızı daha fazladır. Yine hipertansif hastalarda iskemiye yanıt olarak daha fazla elektrofizyolojik bozukluk ve ani ölüm görülür (103). Diyabette meydana gelen kardiyak etkilenme multifaktöriyeldir. Diabetes mellituslu hastalar yüksek kardiyovasküler hastalık riski taşımakta ve kardiyovasküler komplikasyonlar diyabetle ilgili morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenini oluşturmaktadır. Bu hastalarda hızlı gelişen aterosklerozun yol açtığı koroner arter hastalığı ve buna bağlı kalp yetersizliği gelişimi sık gözlenen bir komplikasyondur (114).Yapılan bir çalışmada hastaların %47'sinin hipertansiyon, %34,8'inin iskemik kalp hastalığı, %24,9'unun DKMP, %22,7'sinin kalp kapak hastalığına sahip olduğu saptanmıştır (97). TAKTIK çalışmasında hastaların %53'ü HT, %40 DM, % 16 kronik böbrek hastalığı, %46'sının kapak hastalığı, %61'inin koroner arter hastalığı olduğu bulunmuştur (101). Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların yarısından fazlası (%77,8) diüretik ,beta bloker, yarısı (%51,3 ) antikoagulan, hipertansiyonu olan hastalar ACE İnhibitörü(%38,1), ARB (%26,7 ) grubu ilaçlar, aritmi problemi olan hastalar digoxin (%12,7) ve antiaritmik (%25,1), kullandıkları saptandı (Tablo 6.2.). Kullanılan ilaç sayısına göre en az üç adet ilaç kullanan hastalar %64 iken, dört ve üzeri ilaç kullanan hasta %36'dır. Hızlı kalp atışına yol açabilen sinir sisteminin belli etkilerini engelleyerek kalbin iş yükünü azaltan

ilaçlar son 50 yıldır kalp ve damar hastalıklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kalp yetersizliğinin birçok klinik belirti ve bulguları sıvı birikimi ve konjesyon nedeniyle olduğundan tedavisinde konjesyonun tedavisi ana hedeftir (103). TAKTİK çalışmasında hastaların %95 Betabloker,%79 ACE inhibitörü,%22'si ARB, %98 diüretik, %49 digoxin, %3 kalsiyum kanal blokeri ve %13'ü antiaritmik ilaç kullanmakta olduğu saptanmıştır (101). Yapılan başka bir çalışmada hastaların %55,ü antikoagulan, %26,3 ARB, %24,9'u ACE inhibitörü kullandığı saptanmıştır (97).Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Hastaların son bir yıl içerisinde kalp hastalığı nedeni ile yarıdan fazlası (%73) hastaneye tekrarlı yatışının olduğunu belirtmiştir (Tablo 6.2.). Hastaneye yatan hastalar arasında son bir yıl içinde tekrarlı yatış sayısı yarıdan fazlasının iki veya üzeri yatışının olduğu görüldü. Drozda ve ark. hastaların taburcu olduktan sonraki geri kabulün azaltılması için yapmış oldukları çalışmada hastalara eğitim, telefonla takip, mesaj sistemi vb yöntemlerle hastaların geri kabul oranının %18,8'den %16,8'e kadar gerilediği saptanmıştır (115). Literatürde kalp yetersizliği hastalarının tekrarlı yatışlarının benzer olduğu başka çalışmalar da bulunmaktadır (58,115,116,117,118). Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kalp yetersizliği hastalarında tedavi rejimine olan uyumu ne kadar yüksek ise tekrarlı yatış sayıları da o kadar azalmaktadır. Bu nedenle hastalık yönetim süreci profesyonel olarak sürdürülüp hastanın semptomlarını tanıması, uyumsuz olan davranışlarında değişiklik sağlanması ile tekrarlı yatış sayılarını azaltacaktır.

Bu çalışmada hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu ortalaması  $35,28 \pm 3,68$  olup, %55,3'inin 30-35 arası olduğu, %44,7'sinin ise 35-40 arası olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.2.). Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) kalbin her atışı sırasında ventrikülden pompalanan kan miktarını gösterir. EF normal değeri 50-70 arasında değerlendirilmektedir. EF değerinin düşmesi kalp kasının iyi çalışmadığının göstergesidir. En son kılavuza göre düşük  $EF < \%40$  da olan grup düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY (DEFKY), %50 ve üzeri olan grup korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu KY (KEF-KY) olarak olarak isimlendirilmeye devam ederken, %40-49 arası grup sınırdaki (mid-range) ejeksiyon fraksiyonlu KY (SEF-KY) olarak sınıflandırıldı. TAKTİK çalışmasında hastaların

ortalama EF'si  $33\pm 13$  olarak bulunmuştur (101). Hit-PoinT çalışmasında hastaların ortalama EF'sini  $26.2\pm 7.1$  ve  $27.4\pm 7.1$  olarak bulunmuştur (102)Yapılan başka bir çalışmada hastaların EF'si ortalama % 31,31 olarak bulunmuştur (107). Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Hastaların sadece % 17,5 i normal kiloda ve %1,5' i zayıf idi. Hastaların büyük çoğunlu(%80) fazla kilolu ve obez grupta yer aldıkları belirlendi (Tablo 6.2.). Obezite subklinik inflamasyon, endotel disfonksiyonu, artmış sempatik tonus, aterojenik lipid profili, artmış trombojenik faktörler ve obstrüktif uyku apnesi gibi birçok hastalık mekanizması yoluyla kardiyovasküler hastalığa sebebiyet verebilir. Tüm olarak düşünüldüğünde, fazla kiloluluk ve obezite koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği ve kardiyak sistem üzerindeki etkilerinden dolayı ani ölümü de içeren birçok kardiyak komplikasyona yatkınlık oluşturur (119).Powell ve ark. çalışmasında kalp yetersizliği hastalarında hastaların % 30.7' si obez olarak bulunmuştur (13). Literatürde benzer çalışmalar bulunmakta olup, çalışmalara katılan hastaların yarısından fazlasının obez olduğunu bulunmuştur (120,121). Çalışma sonuçlarımız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

## **7.2. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özelliklerine göre İlaç Uyumuna Olan İnançlarına Ait Bulguların Tartışılması**

Kötü ilaç uyumu KY hastalarında ciddi bir sorundur. KY hastalarında ilaç uyumsuzluğu KY semptomlarının alevlenmesine, fiziksel fonksiyonların azalmasına, hastanede yatış ve mortalite oranının artmasına neden olmaktadır (58). İlaç uyumu yarar ve engel alt boyut ortalama puanları değerlendirildiğinde hastaların yarar alt boyutunda ( $19,23\pm 8,34$ ) aldıkları puanın, engel alt boyutunda ( $25,23\pm 4,74$ ) aldıkları puandan düşük olduğu saptandı (Tablo 6.8.). Hastaların ilaç uyumu engel davranışlarını daha fazla algıladıkları saptanmıştır. Bennet'in çalışmasında hastaların engel puanının yüksek olduğu engelleyici davranışların daha çok ön plana çıktığı saptanmıştır (78). Dayapoğlu ve ark. çalışmasında hastaların engel davranışlarını daha fazla algıladıklarını saptamışlardır (21). Oğuz'un çalışmasında yarar puanının engel puanından yüksek olduğu, yarar davranışlarını daha fazla algıladıkları saptanmıştır (58). Çalışmamız Bennet ve Dayapoğlunun çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların yaşa göre İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında ilaç uyumu yarar alt boyutunda 26-35 yaş grubu hastalar uyumlu, engel alt boyutunda ise 66 ve üzeri olan hastaların uyumsuz olduğu görüldü (Tablo 6.3.). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde İlaç İncancının ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi isimli çalışmada, 66 yaş üzeri kronik hastalığı olan hastaların %72,6'sinin ilaç tedavisine uyum sağlamadığı saptanmıştır (121). Yapılan başka bir çalışmada yaş ve ilaç uyumu arasında ilişki tespit edilmemiştir (21). Yaş arttıkça hastaların ilaç uyumu engel algılarının arttığı ilaç uyumunun kötüleştiği saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların cinsiyetine göre İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Erkeklerin ( $20,04\pm 8,32$ ) kadınlardan ( $18,17\pm 8,26$ ) daha yüksek ilaç uyumuna sahip olduğu saptandı (Tablo 6.3.). Wu ve ark. çalışmasında KY hastalarında cinsiyet ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (12). Granger ve ark. tarafından yapılan CHARM programı isimli 7599 KY hastalarında yapılan çalışmasında kadınlarda klinik belirti ve bulguların erkeklere oranla daha yüksek olduğu, bu durumda ilaç uyumuna olan incancın daha düşük olmasına katkı sağlayacağını ve ilaç uyumunun kötü olduğunu belirtmiştir (123). Erkeklerde ilaç uyumu bayanlara göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların medeni durumuna göre İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Bekar olan hastalarda ilaç uyumu evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.3.). Oğuz'un çalışmasında ise bizim verilerimizin tam tersi olarak evli olan hastaların ilaç yarar algısının yüksek ve bekarların düşük olduğunu, ilaç engel alt boyutunda ise evlilerin daha düşük puana sahip olduğu ve engel algısının bekarlarda daha yüksek olduğunu saptamıştır (58). Kalp Yetersizliği hastalarında çok boyutlu uyum modeline göre ilaç uyumu belirleyicileri isimli çalışmada evli olan hastaların ilaç uyumunun daha yüksek, bekar olan hastaların ise ilaç uyumunun daha düşük olduğu saptanmıştır (125). Bu çalışmada

bekar olan hastaların ilaç yarar algısı evli olan hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada hastaların eğitim durumuna göre İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Üniversite mezunu olan hastaların ilaç uyumlarının okur yazar olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6.3.). Eğitim seviyesi arttıkça hastaların ilaç yarar alt boyutunda puanların arttığını ve ilaç yarar algısının arttığını, eğitim seviyesi düştükçe ilaç engel algısı puanlarının arttığı ve ilaç engel algısının arttığı tespit edilmiştir. Rockwell ve Riegel'in çalışmasında eğitim durumu ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim seviyesinin artması ilaç uyumunun artması için bir öngörücü olduğunu belirtmişlerdir (125). Kalp Yetersizliği hastalarında ilaç uyumu isimli çalışmada ise eğitim durumu ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (12). Wu ve ark. çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça hastaların ilaç uyumlarının arttığını saptamışlardır (124). Dayapoğlu ve ark. Erzurum ilinde kardiyoloji polikliniğinde yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının okur yazar olmadığı, ortaöğretim ve üzeri eğitim seviyesine sahip birey sayısının az olması nedeni ile hasta sayısının az olması nedeni ile eğitim durumu ile ilaç uyumu arasında fark tespit etmemişlerdir (21). Dayapoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarının tersine eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumu artmaktadır.

Bu çalışmada hastaların meslek grupları ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). İlaç uyumu en yüksek olan grup öğrenciler ve memurlar iken, ilaç uyumu en düşük olan hastaların ise ev hanımı olduğu saptandı (Tablo 6.3.). Amininasab ve ark. çalışmasında ilaç uyumu ve meslek grupları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (126). Yapılan başka bir çalışmada %43,3'ü emekli olan hastaların ilaç uyumu kötü belirlenmiştir (21). Ev hanımı olan hastaların ilaç uyumlarının engellerini daha fazla algıladıkları saptandı.

Bu çalışmada hastaların gelir durumu ve İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark



saptandı ( $p<0.05$ ). Gelir durumu orta ve yüksek seviyede olan hastalarda ilaç uyumu daha yüksek olarak tespit edilmiştir (Tablo 6.3.). Bu sonuç, gelir durumu arttıkça hastalarının ilaç uyumu yarar davranışlarını daha fazla algıladığının göstermektedir. Düşük gelir düzeyine sahip olan hastaların ise ilaç uyumunun daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Osborn ve ark. çalışmasında, gelir durumu ile KY hastalarında ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların gelir düzeyi arttıkça ilaç uyumunda arttığı saptanmıştır (128). Literatürde ilaç uyumu ve gelir düzeyinde aralarında ilişki olduğunu tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (15,127). Düşük gelir düzeyine sahip olan hastalar ilaç uyum engellerini daha fazla algıladıkları bulundu. Gelir düzeyi arttıkça hastaların uyumlarının arttığı saptandı.

Bu çalışmada hastaların sigara kullanımı açısından İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeğinden (İUHİÖ) aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Alkol kullanımı ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ( $p>0.05$ ) saptanmadı (Tablo 6.3.).

Bu çalışmada hastaların NYHA ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). NYHA sınıf II' de olan hastaların ilaç uyumu daha yüksek, NYHA sınıf III olan hastaların ilaç engel davranışlarını daha fazla algıladıkları, ilaç uyumlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.4.). Oğuz'un çalışmasında NYHA sınıf ile ilaç uyumu yarar alt boyutu arasında anlamlı fark yok iken engel alt boyutunda anlamlı fark tespit etmiştir. NYHA Sınıf III olan hastaların engel alt boyutunu daha fazla algıladıkları saptanmıştır (58). Yapılan başka bir çalışmada NYHA sınıflaması ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki olduğunu NYHA sınıflama düzeyi arttıkça hastaların uyumlarının azaldığını saptanmıştır (129). NYHA sınıf III olan hastalar ilaç uyum engellerini daha fazla algıladıkları saptandı. Fonksiyonel sınıf arttıkça hastaların ilaç uyumu kötüleşmektedir.

Bu çalışmada hastaların hastalık süresi ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark

saptandı ( $p<0.05$ ). Hastalık süresi bir yıl olan hastalarda ilaç uyumlarının yüksek olduğu ve ilaç yarar davranışlarını daha fazla algıladıkları, beş yıl ve üzeri olan hastalarda ise ilaç uyumlarının düşük olduğunu ve yarar davranışlarını daha az algıladıkları saptandı (Tablo 6.4.). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlarının incelenmesi isimli çalışmada hastalık süresi ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (21). Yapılan başka bir çalışmada hastalık süresi beş yılın altında olan hastalarda tedaviye uyumunun daha yüksek olduğunu, hastalık süresi arttıkça tedaviye uyum oranının azaldığını belirtmiştir (130). Hastalık süresi azaldıkça hastaların ilaç uyumları artmaktadır. Kalp yetersizliği kronik semptomların çok hızlı kötüleştiği bir sendromdur. Uzayan hastalık süreci hastanın tedaviye olan inancını ve uyumunu azaltmaktadır.

Bu çalışmada HT, DM, diğer hastalıkları olan hastalar ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). (Tablo 6.5.). Yılmaz ve ark. çalışmasında kronik hastalıkları olan yaşlı bireylerin ilaca uyumu düşük bulunmuştur (121). Yapılan başka bir çalışmada hastaların ilaç uyumu düşük olarak bulunmuştur(136). HT, DM, diğer hastalıkları olmayan hastaların ilaç uyumuna yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri ve HT, DM, diğer hastalıkları olan hastaların engel davranışlarını daha çok benimsedikleri saptanmıştır. Kronik hastalıkları arttıkça hastaların ilaç uyumları azalmaktadır.

Bu çalışmada kalp hastalıkları olan hastalar ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 6.5.). Kullanılan ilaç sayısı ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 6.6.).

Bu çalışmada hastaların son bir yıl içerisinde hastanede tekrarlı yatış sayıları ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Hastanede yatış sayıları

arttikça ilaç uyumlarının azaldığı ve ilaç engel algılarının arttığı tespit edilmiştir (Tablo 6.6.). Sönmez'in çalışmasında hastaların hastaneye yeniden yatışları ile ilaç uyumu arasında anlamlı fark saptamışlardır. İlaç yarar algısını benimseyen hastaların hastaneye tekrarlı yatışlarının azaldığı saptanmıştır (113). Tekrarlı yatış sayısı fazla olan hastalar ilaç uyum engellerini daha çok algıladıkları saptandı.

Bu çalışmada hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) ile İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Ejeksiyon Fraksiyonu yüksek olan hastalarda ilaç uyumu yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri, Ejeksiyon Fraksiyonu düşük olan hastalarda ise ilaç engel davranışlarını daha fazla benimsedikleri tespit edilmiştir (Tablo 6.7.). Şahin ve ark. alışmasında düşük EF'li hastaların ilaç uyumunun yetersiz olduğunu, tedaviye uyumları konusunda problemler yaşadıkları saptanmıştır (130). EF'si düşük olan olan hastalar ilaç uyum engellerini daha fazla algıladıkları saptandı. Hastaların EF'leri düştükçe ilaç uyumları azalmaktadır.

Bu çalışmada hastaların BMI'ne göre İlaç Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Normal kilolu olan hasta grubunda ilaç uyum yarar davranışlarını daha çok benimser iken, obez olan hasta grubunda ilaç uyumu yarar algısı davranışlarını daha az benimsedikleri saptandı (Tablo 6.7.). Cao ve ark. alışmasında KY hastalarında ilaç uyumu ve BMI arasında arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (122). BMI azaldıkça hastaların ilaç uyumları artmıştır.

### **7.3. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özelliklerine göre Diyet Uyumuna Olan İnançlarına Ait Bulguların Tartışılması**

Hastaların Diyet uyumu yarar ve engel alt boyut ortalama puanları değerlendirildiğinde yarar alt boyutunda ( $24,84\pm6,35$ ) aldıkları puanın, engel alt boyutunda ( $13,28\pm4,20$ ) aldıkları puandan yüksek olduğu saptandı. Hastaların diyet uyumu yarar davranışlarını daha fazla algıladıkları görüldü (Tablo 6.8.). Literatürde

benzer çalışmalarda hastaların diyet uyum yarar davranışlarını fazla algıladıkları görülmüştür (21,58.152).

Bu çalışmada hastaların yaşa göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Diyet uyumu yarar alt boyutunda 26-35 yaş grubu hastalar uyumlu, engel alt boyutunda ise 66 ve üzeri olan hastaların uyumsuz olduğu saptandı (Tablo 6.3.). Yapılan bir çalışmada hastaların yarar algısının daha yüksek olduğunu ve yaşın diyet uyumunu etkilemediği belirtilmiştir (21). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda düşük sodyum diyetine uyum isimli çalışmada genç olan hastaların diyetle sodyum uyumunun daha düşük olduğu, yaşlı olan hastaların diyetle sodyum uyumunun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (131). Yaş arttıkça hastaların diyet uyum engel algılarının arttığı diyet uyumunun kötüleştiği saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların cinsiyete göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3.). Yapılan bir çalışmada cinsiyet ile diyet uyumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (58). Literatürde kadın hastaların erkek hastalara oranla diyet uyumlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir (21,138).

Bu çalışmada hastaların medeni durumuna göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3.). Literatürde medeni durum ile diyet uyumu arasında anlamlı fark saptanmayan çalışmalar bulunmaktadır (58,145). Bekar olan hastalarda diyet uyum yarar algısını daha çok benimsedikleri, evli olan hastaların ise diyet uyumu engel algısını daha fazla benimsedikleri, bekara olan hastaların evli olan hastalara göre daha uyumlu olduğu saptandı.

Bu çalışmada hastaların eğitim durumuna göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Üniversite mezunu olan hastaların diyet uyumlarının okur yazar olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6.3.). Eğitim seviyesi

arttikça hastaların hastaların diyet uyumlarının arttığı gözlenmiştir. Köseoğlu ve Enç'in çalışmasında eğitim durumu ile ilaç uyumu engel puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (20).Yapılan bir çalışmada eğitim durumunun diyet uyumunu etkilemediğini belirtmiştir (21). Kalp Yetersizliği hastalarında uyum isimli çalışmada, eğitim düzeyi arttikça hastaların uyumlarının arttığını saptanmıştır (11). Eğitim seviyesi arttikça hastaların hastaların diyet uyumlarının arttığı gözlenmiştir.

Bu çalışmada hastaların meslek durumuna göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Hastaların diyet uyumu en yüksek olan grup öğrenci ve memur iken diyet uyumu en düşük ev hanımı olan hasta grubunun olduğu saptandı (Tablo 6.3.). Akhonzadegh ve ark. çalışmasında hastaların çoğunun ev hanımı olduğu ve hastaların diyet uyumlarının kötü olduğunu belirtmişlerdir, diyet uyumu ile ilgili eğitimlerde hemşirelerin büyük sorumlulukları olduğunu vurgulamıştır (85). Maura ve ark. tarafından yapılan, örneklem grubunun büyük bir çoğunluğunun işsiz hastalar ve ev hanımlarından oluştuğu çalışmada, hastaların işsiz ve ev hanımı olmasının diyet uyumunu olumsuz yönde etkilediği, çünkü işsiz insanların günlük olarak düzensiz beslenme alışkanlığına sahip olduğu, ev hanımlarının ise arkadaşlarını ziyaret ederken içtikleri tuz miktarına bakılmaksızın sık sık yemek tükettikleri ve diyet uyumlarının kötü olduğu belirtmiştir (158).

Bu çalışmada hastaların gelir durumuna göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Gelir durumu düşük olan hastaların diyet uyumlarının düşük, gelir düzeyi orta olan hastaların ise diyet uyumlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.3.). Doukky ve ark. çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeye sahip hastaların diyet uyumlarının düşük olduğunu belirtmişlerdir (135). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yarıdan fazlasının gelir düzeyinin orta seviyede olduğu diyet uyumlarının daha iyi olduğunu saptamıştır (138). Düşük gelir düzeyine sahip olan hastalar diyet uyumları daha düşük olarak saptandı.

Bu çalışmada hastaların sigara ve alkol kullanımına göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p<0,05$ ). (Tablo 6.3.).

Bu çalışmada hastaların NYHA sınıf ile Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). NYHA sınıf II' de olan hastaların diyet uyumu daha yüksek, NYHA sınıf III olan hastaların diyet engel davranışlarını daha fazla algıladıkları, diyet uyumlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.4.). Doukky ve ark. çalışmasında NYHA sınıf II olan hastalar ile diyet uyumu arasında anlamlı ilişki saptamışlardır (135). Sönmez'in yaptığı çalışma da diyete uyumla NYHA sınıflaması arasında fark saptanmamıştır (113). Liteartürde diyet uyumu benzer olan çalışmalarda NYHA Sınıf II olan hastaların diyet uyum yarar puanlarının NYHA Sınıf III olan hastalara göre daha yüksek olduğunu, NYHA Sınıf düzeyi arttıkça diyet uyumlarının azaldığını saptamıştır (115,137). NYHA sınıf III olan hastalar diyet uyum engellerini daha fazla algıladıkları saptandı. Fonksiyonel sınıf arttıkça hastaların ilaç uyumu kötüleşmektedir.

Bu çalışmada hastaların hastalık süresine göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Hastalık süresi bir yıl olan hastalarda diyet uyumlarının yüksek olduğu ve diyet yarar davranışlarını daha fazla algıladıkları, beş yıl ve üzeri olan hastalarda ise diyet uyumlarının düşük olduğunu ve yarar davranışlarını daha az algıladıkları saptandı (Tablo 6.4.). Dural'ın çalışmasında hastalık süresi ile diyet uyum yarar alt boyutu arasında anlamlı fark olup hastalık süresi arttıkça diyet uyum yararlarını daha fazla algıladıklarını tespit etmiştir (136). Literatürde hastalık süresi ve diyet uyumu arasında fark saptanmayan çalışmalar bulunmaktadır (21,115). Hastalık süresi arttıkça hastaların diyet uyum engellerini daha fazla algıladıkları, hastalık süresi azaldıkça diyet uyumlarının arttığı saptandı

Bu çalışmada HT, DM, diğer hastalıkları olan hastalar ile Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar

arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). HT, DM, diğer hastalıkları olmayan hastaların diyet uyumuna yarar algısının daha çok benimsedikleri ve HT, DM, diğer hastalıkları olan hastaların engel algısını daha çok benimsedikleri saptandı (Tablo 6.5.). Kronik hastalıkları olan hastaların diyet uyumlarının kötü olduğu diyetle sodyum alımına dikkat etmedikleri belirtilmiştir (121).

Bu çalışmada kalp hastalıkları olan hastalar ile Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). (Tablo 6.5.). Kullanılan ilaç sayısı ile Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). (Tablo 6.6.).

Bu çalışmada hastaların son bir yıl içerisinde hastanede tekrarlı yatışlar ile Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). (Tablo 6.6.). Hastanede yatış sayıları arttıkça diyet uyumlarının azaldığı ve diyet engel algılarının arttığı tespit edilmiştir. Doukky ve ark. çalışmasında hastalar diyetlerinde sodyum alımına ne kadar dikkat ederse hastaneye yatış sayılarında azaldığını belirtmiştir (135). Yapılan bir çalışmada hastanede yatış sayısı ile diyet uyumu arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (115). Dural'ın çalışmasında tekrarlı yatışlar diyete uyumu yarar arasında fark gözlenirken, engel boyutunda fark gözlenmemiştir(136). Hastaların tekrarlı yatış sayıları arttıkça diyet uyumlarının azaldığı saptandı.

Bu çalışmada hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) ile Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). EF'si düşük olan hastalarda diyete uyumsuz bulunurken, EF'si yüksek olan hastaların diyet uyumlu olduğu bulunmuştur (Tablo 6.7.). Chung ve ark. çalışmasında EF ile diyet uyumu arasında ilişki tespit etmemişlerdir (133,134). EF'si düşük olan hastalar diyet uyum engellerini daha fazla algıladıkları saptandı. EF'si yüksek olan hastaların ise diyetine uyumlu olduğu saptandı.

Bu çalışmada hastaların BMI'ne göre Diyet Uyumuna Olan İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Normal kiloda olan hastalarda diyetine uyumlu yarar algısını daha çok benimsedikleri, obez olan hasta grubunda özellikle 3. Derece obez olan hasta grubunda diyet uyumu yarar algısını daha az benimsedikleri tespit edilmiştir (Tablo 6.7.). Basuray ve ark. çalışmasında yüksek BMI sahip hastaların diyet uyumlarının kötü olduğunu, daha yüksek BMI sahip olan hastalar diyet uyumsuzluğunun bağımsız bir öngörücüsü olduğunu vurgulamıştır (131). Dolansky ve ark. çalışmasında BMI ile yüksek sodyum kullanımı arasında anlamlı ilişki saptamıştır (132). BMI arttıkça hastaların diyet engel algısı artmakta, diyet yarar algısı düşmektedir.

#### **7.4. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özelliklerine göre Bireysel İzleme Olan İnançlarına Ait Bulguların Tartışılması**

Bireysel İzlem yarar ve engel alt boyut ortalama puanları değerlendirildiğinde hastaların yarar alt boyutunda ( $18,65\pm 8,83$ ) aldıkları puanın, engel alt boyutunda ( $37,09\pm 17,99$ ) aldıkları puandan düşük olduğu saptandı. Hastaların bireysel izlem engel davranışlarını daha fazla algıladıkları görüldü (Tablo 6.8.). Literatürde benzer, hastaların engel davranışlarını daha fazla algıladığını çalışmalar bulunmaktadır (21,159). Oğuz'un çalışmasında ise hastalar yarar davranışlarını daha fazla algılamaktadır.(58). Çalışmamız Dayapoğlunun çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların yaşa göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). BİUHİÖ yarar alt boyutunda 26-35 yaş grubu hastalar uyumlu, engel alt boyutunda ise 66 ve üzeri olan hastaların uyumsuz olduğu görüldü (Tablo 6.3.). Lu ve ark. çalışmalarında yaş faktörü ile hastaların günlük kilo takipleri arasında anlamlı ilişki saptamışlardır. Yaş ortalaması yüksek olan hasta grubunun daha kötü bireysel izleme sahip olduğunu belirtmiştir (138). Yapılan başka bir çalışmada yaş ile BİUHİÖ yarar ve engel algısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (21). Yaş arttıkça



hastaların BIUHIÖ yarar algısının düştüğünü ve engel algısını arttığını, bireysel izleme uyumunun kötüleştiği saptanmıştır

Bu çalışmada hastaların cinsiyetine göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3.). Lu ve ark. çalışmalarında cinsiyet ile hastaların kilo takipleri arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (137). Lee ve ark. çalışmasında çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu %64,6'sı erkek, %35,4'ü kadın hastalardan oluşmaktadır. Hastaların günlük bireysel kilo ve ödem takip uyumlarının düşük olduğunu tespit etmişlerdir (138). Yapılan başka bir çalışmada cinsiyet ile bireysel izlem arasında anlamlı fark tespit etmiştir. Kadınların erkeklere oranla engel algısının daha yüksek olduğunu saptamıştır (59).

Bu çalışmada hastaların medeni durumuna göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ) Bekar olan hastaların bireysel izleme uyumu evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.3.).Yapılan bir çalışmada evli olan bireylerin yarar algısının daha çok benimsediklerini saptamıştır (58).Literatürde medeni durum ile bireysel izlem arasında ilişki tespit edilmeyen çalışmalarda mevcuttur (137,138).

Bu çalışmada hastaların eğitim durumuna göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ) Üniversite mezunu olan hastaların bireysel izleme uyumlarının okur yazar olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 6.3.). Literatürde eğitim durumu ile bireysel izlem arasında ilişki saptanmayan çalışmalar bulunmaktadır (21,139,140).

Bu çalışmada hastaların meslek gruplarına göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Bireysel izleme uyumu en yüksek olan grup öğrenciler ve memurlar iken, bireysel izleme uyumu en düşük olan hastaların ise ev hanımı olduğu saptandı (Tablo 6.3.). Seid ve ark. çalışmaya katılan hastaları günlük kilo

takibi, düzenli egzersiz, düşük sodyum alımı gibi bireysel izlem açısından değerlendirmiş olup büyük bir çoğunluğunun uyumsuz olduğunu bulmuştur (26).

Bu çalışmada hastaların gelir durumuna göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Gelir durumu orta ve yüksek olan hasta grubunda bireysel izleme uyumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.3.). Jones ve ark. çalışmasında hastaların gelir durumunun bireysel izlemi etkilemediğini saptanmıştır (139). Yapılan başka bir çalışmada, hastaların hastaların gelir düzeyinin düşük olduğu, bireysel izleminin kötü olduğu saptanmıştır (26). Düşük gelir düzeyine sahip hastalar bireysel izlem engel davranışlarını daha fazla algıladıkları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların sigara kullanımına göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3.). Sigara kullanan hastar uyumsuz iken sigara kullanan hastaların uyumlu olduğu saptandı. Alkol kullanımına göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Bu çalışmada hastaların NYHA Sınıfa göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). BİUHİÖ yarar algısı NYHA Sınıf II olan hastalarda daha yüksek düzeyde benimsenirken, BİUHİÖ engel algısı NYHA Sınıf III olan hastalarda daha çok benimsenmiştir (Tablo 6.4.). Oğuz çalışmasında NYHA ile bireysel izleme hakkındaki inanç arasında anlamlı fark tespit etmemiştir (58). Hastaların fonksiyonel sınıfları arttıkça bireysel izleme olan uyumları azalmıştır.

Bu çalışmada hastaların hastalık süresine göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Hastalık süresi bir yıl olan hastaların BİUHİÖ yarar algısının daha fazla algılarken, hastalık süresi beş yıl ve üzeri olan hastaların yarar

algısının daha az benimsedikleri tespit edilmiştir (Tablo 6.4.). Hastalık süresi beş yıl ve üzeri olan hastaların BİUHİÖ engel algısını daha yüksek olarak benimserken, bir yıl olan hastalar engel algısını daha az benimsedikleri saptanmıştır. Sevinç ve ark. çalışmasında hastalık süresi ile bireysel izlem yarar ve engel algısı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (159). Hastalık süresi arttıkça bireysel izlem engel davranışlarını daha fazla algıladıkları, bireysel izleme olan uyumu azalmaktadır.

Bu çalışmada hastaların HT, DM, diğer hastalıkları olan hastalar ile Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.5.). HT, DM, diğer hastalıkları olmayan hastaların BİUHİÖ yarar algısının daha çok benimsedikleri ve HT, DM, diğer hastalıkları olan hastaların engel algısını daha çok benimsedikleri tespit edilmiştir. Kronik hastalıkları arttıkça hastaların bireysel izleme uyumları azalmaktadır.

Bu çalışmada kalp hastalıkları olan hastalar ile Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 6.5.). Hastaların kullanılan ilaç sayıları ile Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 6.6.).

Bu çalışmada hastaların son bir yıl içinde hastanede tekrarlı yatış sayısına göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). Hastanede yatış sayısı arttıkça hastaların uyumlarının azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 6.6.). Alkan ve ark. çalışmasında hastaların semptomlarını tanıyabilmesi, semptomlarını takip etmesi ile hastaneye tekrarlı yatış sayılarının azaltacağını saptamıştır (140). Karaca ve ark. çalışmasında hastaların yarıdan fazlası 4 ve üzeri kez hastanede tekrarlı yatışı olduğu, hastaların bireysel izlemlerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir(141). Yatış sayısı arttıkça bireysel izlem engellerini daha fazla algıladıkları saptandı.

Bu çalışmada hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu (EF)'ye göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). EF'si düşük olan hastalar bireysel izleme uyumu düşük iken EF'si yüksek olan hastalarda uyumlarının yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.7.). Nomali ve ark. yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada düşük EF'li hastalarda oluşturulan planlamada hastaların bireysel olarak takiplerinin artırılması için eğitim verilmesi ve eğitim materyali oluşturulması ile hastaların yaşam kalitesini arttırdığını saptamıştır (142). Hastaların EF değeri düştükçe bireysel izlem yarar davranışlarını daha az algıladıkları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların BMI göre Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, yarar ve engel alt boyut puanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0,05$ ). BMI normal olan hasta grubunda BİUHİÖ yarar algısının daha yüksek benimserken, BMI yüksek olan obez olan hasta grubunun yarar algısının daha az benimsedikleri belirlenmiştir (Tablo 6.7.). Obezite hem erkeklerde hem de kadınlarda kalp yetersizliği için ciddi risk faktörü içermektedir. Özellikle şiddetli obezite kardiak remodelinge neden olacak hemodinamik değişikliklere neden olup ventrikülde yetersizliğine neden olduğu saptanmıştır (143,144). BMI arttıkça hastaların uyumlarının azalmıştır.

#### **7.4. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özelliklerine göre Öz Bakım Davranışına Ait Bulguların Tartışılması**

Öz bakım davranış ortalama puanları değerlendirildiğinde hastaların ( $37,04\pm 15,26$ ) puan aldıkları, Öz Bakım davranış puan ortalaması 37-60 arası olup, öz bakım davranışın yetersiz olduğunu tespit edildi (Tablo 6.8.). Hastaların öz bakım davranış ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça öz bakımın kötüleştiğini göstermektedir. Literatürde benzer olarak hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu görülmüştür (97,149,150).

Bu çalışmada hastaların yaşa göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları

değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). 26-35 yaş aralığında olan hastaların öz bakım davranışlarının iyi, 66 yaş ve üzerinde olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu saptandı (Tablo 6.3.). Chriss ve ark. çalışmalarında yaşlılıkla birlikte hastaların kendi kendilerine bakım verme yetilerinde eksiklik olduğu daha çok bir desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir ve yaş arttıkça hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğunu saptamıştır (145). Yapılan başka bir çalışmada yaş ile öz bakım davranışları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş olup, yaş arttıkça hastaların öz bakım davranışlarının azaldığı saptamıştır (146). Hastaların yaşı arttıkça öz bakım davranışlarının yetersizleştiği tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların cinsiyet göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 6.3.). Luttik ve ark. çalışmasında cinsiyet ile öz bakım davranışları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(145). Literatürde cinsiyet ile öz bakım davranışları arasında ilişki tespit edilmeyen başka çalışmalarda bulunmaktadır(149,150).

Bu çalışmada hastaların medeni duruma göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Bekar olan hastaların öz bakım davranışlarının daha iyi olduğu, evli olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.3.). Luttik ve ark. çalışmasında yalnız yaşayan yaşlı kadınların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğunu saptanmıştır (145). Aileleri olmayan ve yalnız yaşayan ve sosyal olarak yalıtılmış olan kalp yetersizliği hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu bulunmuştur (151,152).

Bu çalışmada hastaların eğitim durumuna göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastaların öz bakım davranış yetersiz olduğu, ortaöğretim ve üniversite mezunu olan hastaların öz bakım davranışlarının daha iyi olduğunu tespit edilmiştir (Tablo 6.3.). Oksel ve ark. çalışmasında eğitim durumu ile öz bakım davranışları arasında anlamlı ilişki olup, eğitim düzeyi arttıkça hastaların öz bakım davranışlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (27). Chriss ve ark. çalışmasında

eğitim düzeyini artması ile öz bakım davranışlarının daha iyi olduğunu tespit etmiştir (144). Eğitim düzeyi arttıka hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu grlmştir.

Bu çalışmada hastaların meslek gruplarına göre z Bakım Davranış leği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Öğrenci ve memur olan hastaların öz bakım davranışları daha iyi iken, emekli ve ev hanımı olan hastalarda öz bakım davranışlarının daha yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.3.). Bagheri ve ark. alışmasında meslek grubu öz bakım davranışlarını etkilediği bulunmuştur (94).Yapılan bir çalışmada çalışmasında özellikle memur ve işçi gibi belirli saatlerde çalışan hastaların öz bakım davranışlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (27).

Bu çalışmada hastaların gelir durumuna göre z Bakım Davranış leği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Hastaların gelir düzeyi orta ve iyi olan hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu görüldü (Tablo 6.3.). Macabasco ve ark. alışmasında gelir durumu hastaların öz bakım davranışlarını etkilediği, kötü sosyoekonomik düzeye sahip olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu bulunmuştur (151). Ermiş ve ark. alışmasında gelir durumu hastaların öz bakım gücünü etkilemediğini vurgulanmıştır (148).Düşük gelir düzeyine sahip olan hastanın öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların sigara ve alkol kullanım durumuna göre z Bakım Davranış leği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 6.3.).

Bu çalışmada hastaların NYHA Sınıflamasına göre z Bakım Davranış leği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). NYHA Sınıf III' te olan hastaların zbakım davranışlarının NYHA Sınıf II' de olan hastalara oranla daha yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.4.). Riegel ve ark. alışmasında NYHA sınıflaması ile öz bakım davranışları arasında anlamlı ilişki

bulunmuştur. NYHA sınıf II' de olan hastaların NYHA Sınıf III'te olan hastalara göre öz bakım puan ortalamaları daha yüksek olduğu saptanmıştır (95). Yapılan başka bir çalışmada NYHA sınıflaması ile öz bakım davranışları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur (27). Literatürde NYHA ile öz bakım davranışı arasında ilişki olmayan çalışmalarda bulunmaktadır (90,153).

Bu çalışmada hastaların hastalık sürelerine göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p < 0.05$ ). Hastalık süresi bir yıl olan hastalarda öz bakım davranışları yeterli olarak tespit edilirken, beş yıl ve üzeri olan hastalarda öz bakım davranışlarının daha yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.4.). Riegel ve ark. çalışmasında hastalık süresi attıkça hastalığa uyumunda arttığını ve öz bakım davranışlarının daha iyi olduğu olduğu bulunmuştur (95). Sahebi ve ark. çalışmasında hastaların hastalık süresi ile öz bakım davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (153).Yapılan başka bir çalışmada hastalık süresi ile öz bakım davranışları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (27).

Bu çalışmada hastaların HT, DM, diğer hastalıkları olan hastalar ile ile Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 6.5.). HT, DM, diğer hastalıkları olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu, HT, DM, diğer hastalıkları olmayan hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu tespit edilmiştir.Kronik hastalıkları olan hastaların öz bakım davranışları yetersizdir.

Bu çalışmada hastaların kalp hastalıkları olan hastalar ile Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 6.5.). Kullanılan ilaç sayısı ile Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, ilaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 6.6.).

Bu çalışmada hastaların son bir yıl içinde hastaneye tekrarlı yatış sayılarına göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar

arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). Son bir yıl içerisinde hastaneye bir kez yatan hastaların öz bakım davranışları yeterli olup, beş kez ve üzeri hastanede yatan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.6.). Souza ve ark. çalışmasında hastaların öz bakım davranışları yetersiz ise tekrarlı yatış sayılarının fazla olduğunu, bu nedenle hastaların öz bakım davranışlarını iyileştirerek tekrarlı yatışların önlenebileceği saptanmıştır (154).Yapılan başka bir çalışmada öz bakım davranışları yetersiz olan hastaların hastaneye tekrarlı yatış sayılarının fazla olduğu ve buna göre profesyonel eğitim planlaması yapıp hastaların öz bakım davranışlarını artırarak hastaneye yatışları azaltılabileceği belirtilmiştir (155). Hastaların öz bakım davranışlarını artırmak hastaneye yatışları azaltmaktadır. Hastanın tedaviye uyumu öz bakımın önemli bir parçasıdır. Öz bakımı yeterli olan hastaların hastaneye yatışları azalmaktadır.

Bu çalışmada hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu EF'sine göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). EF'si düşük olan hastaların öz bakım davranışları yetersiz iken EF'si yüksek olan hastaların öz bakım davranışlarının yeterli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.7.). Conceição ve ark. çalışmalarında öz bakım yönetimi ile EF arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. EF'si düşük olan hastaların öz bakımlarının yeterli olmadığı saptanmıştır (152). Yapılan başka bir çalışmada hastaların öz bakım davranışları ve EF arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (155). EF değeri düşüğe hastaların öz bakım davranışları kötüleşmektedir.

Bu çalışmada hastaların BMI'ne göre Öz Bakım Davranış Ölçeği puanları değerlendirildiğinde toplam puan alanında gruplar arasında fark saptandı ( $p<0.05$ ). BMI' ne göre normal kiloda olan hastaların öz bakım davranışlarının obez olan hastalara göre yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 6.7.). Obez olan hastaların öz bakım davranış puanları yüksek olup öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Beckie ve ark. çalışmasında çalışmaya katılan kadın hastaların çoğunun BMI yüksek ve öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (147). Literatürde BMI'nin öz bakım davranışlarını etkilemediği başka çalışmalarda bulunmaktadır (137,149).



#### **7.4. İlaç, Diyet ve Bireysel İzleme Olan İnanç ile Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin ve Etkinin Tartışılması**

Uyum, hastanın tedavi rejimine gösterdiği reaksiyon olarak belirtilmektedir (10). KY olan hastalarda hastaların hastaneye tekrarlı başvuruların artışıdaki en önemli faktör, bireyin hastalık yönetimine uyum sağlamaması olarak gösterilmektedir. KY yönetiminde başarılı olmak için hastaların ve ailelerin yaşam tarzındaki değişikliklere uyum göstermesi gerekmektedir(11,12). Tedaviye uyum sağlamada, kilit nokta hasta ve ailesinin tedavi planına katılmasıdır (71).

Hastaların ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izleme olan inanç ile öz bakım davranışları arasında yapılan anlamlı ilişki saptanmıştır. İlaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında negatif yönde ilişki, diyet uyumu yarar ve engel alt boyutları arasında negatif yönde ilişki, bireysel izlem yarar ve engel alt boyutları arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. İlaç uyumu yarar alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönde, ilaç uyumu engel alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönde, diyet uyumu yarar alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönde, diyet uyumu engel alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönde, bireysel izlem yarar alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönde, bireysel izlem engel alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Tablo 6.9.).

Hastaların ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izleme olan inancı öz bakım davranışlarını etkilemektedir. İlaç uyumu yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 30'luk kısmını, ilaç uyumu engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 26'lık kısmını, diyet uyumu yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 20'lik kısmını, diyet uyumu engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 0,9'luk kısmını, bireysel izlem yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 34'lük kısmını, bireysel izlem engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 36'lık kısmını açıklamaktadır (Tablo 6.10.).

Kalp yetersizliğinde hastalık yönetimi hastaların semptomlarını tanıması, ilaçlarını düzenli kullanması, diyet programına uymasını ve bireysel izlemine kapsamaktadır

(21). İlaç ve diyetle uyumsuzluk, çoğu durumda hastaneye yatışa yol açan kalp yetersizliği semptomlarının kötüleşmesine katkıda bulunur. Hastanın tedavi rejimine uyumu, hastanın inançlarından ve demografik özelliklerinden etkilenmektedir. Van der Wal ve ark. çalışmalarında hastaların ilaç uyumuna olan inancı ve diyet uyumuna olan inancı arttıkça hastaların engel algısının azaldığı saptanmıştır (155).

Dayapoğlu ve ark. çalışmasında ilaca uyum engel algısı ile diyetle uyum engel algısı arasında pozitif yönde zayıf ilişki, ilaca uyum engel algısı ile bireysel izlem engel algısı arasında pozitif yönde zayıf ilişki, bireysel izlem yarar algısı ve diyet uyum yarar algısı arasında pozitif yönde zayıf ilişki, bireysel izlem engel algısı ile diyet uyumu yarar algısı arasında pozitif yönde zayıf ilişki, diyet uyumu engel algısı ile bireysel izlem engel algısı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır (21).

Dural'ın çalışmasında hastaların DUHIÖ yarar alt boyutu ile İUHIÖ yarar alt boyutu arasında pozitif yönde, İUHIÖ engel alt boyutu ile de negatif yönde ileri derecede önemlilik saptamıştır. DUHIÖ engel alt boyutu ile İUHIÖ engel alt boyutu arasında da istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki saptamıştır. Hastaların İUHIÖ alt boyutlarından aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde yarar ve engel alt boyut puanları arasında negatif yönde ileri derecede önemli ilişki saptamıştır. Hastaların DUHIÖ alt boyutlarından aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde yarar ve engel alt boyut puanları arasında negatif yönde ileri derecede önemli ilişki saptanmıştır (136).

Jamous ve ark. çalışmasında hastaların İlaçlar hakkındaki inancının klinik randevularının düzenli olarak takip edilmesi ve kronik hastalık yönetiminin etkinliği arasında önemli derecede ilişki olduğunu vurgulanmıştır (75). Wu ve ark. çalışmasında hastaların ilaçlara yönelik olarak tutum ve inançlarının önemli olduğunu, tutum ve inançların ilaç uyumu ile arasında anlamlı yüksek bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (156).

Akbıyık ve ark. çalışmasında hastaların ilaç uyumu, diyet uyumu, kilo ve sıvı izlemi açısından yetersiz olduğunu ve hastaların öz bakım davranışlarının kötü olduğunu

sapyanmıştır (27). Seid ve ark. çalışmasında hastaların ilaç ve diyet uyumlarının kötü olduğu, ilaç uyumu, diyet uyumu ve öz bakım davranışları arasında anlamlı derecede ilişki olduğu bu nedenle hastaların ilaç uyumu ve diyet uyumunu artıracak girişimlerde bulunularak öz bakım davranışlarının iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (26). Akdeniz ve ark. çalışmalarında öz bakım davranışları ile diyet uyumu yararları arasında orta düzeyde ilişki, öz bakım davranışları ile ilaç uyumu arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (157).



## 8- SONUÇ

Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmektedir:

- Araştırma sonucunda hastaların yaş ortalaması ( $53,14 \pm 11,46$ ), %18,3'ü 36-45, %27,2'si 46-55, %33,1'i 56-65 yaş arasında olup, %56,9'u erkek olup %77,5'i evliydi.
- Hastaların eğitim durumu açısından %12,4'ü okuryazar , %27,8'i ilkokul, %40,7'si ortaöğretim mezunu idi. Bütün hastalar sosyal güvence kapsamında olup, %33,9'u ev hanımı, %31'i emekli, %15,6 serbest çalışan, %11,1'i memur idi. Hastaların %45'inin gelir durumu düşük, %43,4'ünün gelir durumu orta seviyede olup az bir kısmı % 9,5'i sigara, % 1,9'u alkol kullanmakta idi.
- Hastaların %53,7'si NYHA Sınıf III,% 46,3'ü NYHA Sınıf II'de yer almaktadır. Hastaların hastalık süresi %17,2'sinin bir yıl, %38,4'ünün iki yıl, % 22,2'sinin üç yıl, %13,5'inin beş yıl ve üzeri idi. Hastaların % 73'ü son bir yıl içinde hastaneye tekrar yatışı olup, %27,5'i iki kez, %13,8'i üç kez, %13,2'sinin dört kez hastaneye yatışı bulunmaktadır. Hastaların %59,8'i hipertansiyon, %42,6 DM, %8,4'ünün diğer hastalıkları bulunmaktaydı.
- Hastaların büyük çoğunluğu %77,8 diüretik ve beta bloker ilaç tedavisi, %38,1'i ACE İnhibitörü,% 26,7'si ARB, %51,3' antikogulan ilaç tedavisi almaktaydı. Hastaların ortalama EF'si  $35,28 \pm 3,68$  olup, BMI'i açısından %50,3'ü fazla kilolu, %24,3'ü 1. Derece obez, %5,8'i 2. Derece obez idi.
- Yaş ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Cinsiyet ile ilaç uyum yarar ve engel alt boyutunda, bireysel izlem engel alt boyutunda gruplar arasında fark bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Medeni durum ile ilaç yarar, engel, diyet yarar, bireysel izlem yarar, engel alt boyutunda ve öz bakım davranış puanlarında gruplar arasında fark bulundu ( $p < 0,05$ ).
- Eğitim durumu ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları

değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).

- Hastaların meslekleri ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- Gelir düzeyi ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- Sigara kullanımı ile ilaç engel ve bireysel izlem engel alt boyutunda gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ). Alkol kullanımı ile ilaca uyum hakkındaki inançlar, diyetle uyum hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).
- NYHA Sınıflaması ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- Hastalık süresi ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- HT, DM, diğer hastalıklar ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- Kalp hastalığı ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).
- Kullanılan ilaç sayısı ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).
- Hastanede yatış durumu ve tekrarlı yatış sayısı ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- EF ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyetle uyumu hakkındaki inançlar,

bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).

- BMI ile ilaç uyumu hakkındaki inançlar, diyet uyumu hakkındaki inançlar, bireysel izlem hakkındaki inançlar ve öz bakım davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- İUHİÖ yarar ve engel alt boyut puanları incelediğimizde, hastaların ilaç uyumu yarar davranışlarını daha az benimsedikleri ( $19,23\pm 8,34$ ), ilaç engel davranışlarını daha fazla benimsedikleri ( $23,23\pm 4,74$ ) hastaların uyumsuz olduğu tespit edilmiştir.
- DUHİÖ yarar ve engel alt boyut puanları incelediğimizde, diyet uyumu yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri ( $24,84\pm 6,35$ ), diyet engel davranışlarını daha az benimsedikleri ( $13,28\pm 4,20$ ) hastaların uyumlu olduğu tespit edildi.
- BİUHİÖ yarar ve engel alt boyut puanları incelediğimizde, bireysel izlem yarar davranışlarını daha az benimsedikleri ( $18,65\pm 8,83$ ), bireysel izlem engel davranışlarını daha çok benimsedikleri ( $37,09\pm 17,99$ ) hastaların uyumsuz olduğu saptandı.
- Öz bakım davranışlarına göre hastaların toplam puanı ( $37,04\pm 15,26$ ) olup ölçeğin puanlamasına göre hastaların öz bakım davranışları yetersiz olduğu saptandı.
- Hastaların İlaç Uyumuna, Diyet Uyumuna, Bireysel İzleme Olan İnanç ve Öz bakım Davranışları arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). İlaç uyumu yarar ve engel alt boyutlarında negatif yönde ilişki, diyet uyumu yarar ve engel alt boyutları arasında negatif yönde ilişki, bireysel izlem yarar ve engel alt boyutları arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. İlaç uyumu yarar alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönde, ilaç uyumu engel alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönde, diyet uyumu yarar alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönde, diyet uyumu engel alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönde, bireysel izlem yarar alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında negatif yönde, bireysel izlem engel alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.
- Hastaların ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izleme olan inancı öz bakım

davranışlarını etkilemektedir. İlaç uyumu yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 30'luk kısmını, ilaç uyumu engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 26'lık kısmını, diyet uyumu yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 20'lik kısmını, diyet uyumu engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 0,9'luk kısmını, bireysel izlem yarar alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 34'lük kısmını, bireysel izlem engel alt boyut puanı öz bakım davranış puanının % 36'lık kısmını açıklamaktadır

#### Öneriler;

- Kronik kalp yetersizliği olan hastaların öncelikli olarak ilaç uyumu, diyet uyumu ve bireysel izleme olan inançları sorgulanmalı ve uyumsuzlukları belirlenmelidir.
- Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izlem, öz bakım davranışlarını etkileyen faktörlerin tespit edilip bunlarla ilgili takip formları geliştirilmelidir.
- Klinik ve eğitim hemşireleri tarafından kalp yetersizliği hastalarının ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izlem ve öz bakım davranışını geliştirecek eğitim programları hazırlanmalı ve bu programların hastaların takip programlarına entegre edilmelidir.
- Kalp yetersizliği hastalarının evde telefonla takipleri yapılmalıdır.
- Kadın, yaşlı, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olan hastaların ilaç uyumu, diyet uyumu, bireysel izlemi uyumsuz ve öz bakım davranışları yetersiz olduğu için bu hasta grubuna öncelik tanınmalıdır.
- Kalp yetersizliği hastalarının bireysel izlem, ilaç uyumu, diyet uyumu ve öz bakım davranışlarını içeren hemşirelik araştırma ve çalışmaları arttırılmalıdır.

## 9. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO), Global Status Report on NoncommunicableDiseases, 2014.  
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>Erişim tarihi: 03.04.2019
2. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S et al. Heart disease and stroke statistics-2018 Update: A Report From The American Heart Association. Circulation, 137.12: e67, 2018.Erişim tarihi: 03.04.2019
3. European cardiovascular disease statistics 2017. <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html> Erişim tarihi 11.09.2019
4. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2019/05/07/12/42/cover-story-south-asians-and-cardiovascular-disease-the-hidden-threat>  
Erişim Tarihi:3.10.2019
5. TÜİK (2017). Türk İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27620> Erişim Tarihi: 10.04.2019
5. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK ve ark. Heart failure prevalence and predictors in turkey: HAPPY Study. Turk Kardiyoloji Dernegi Arşivi, 40.4: 298-308, 2012.
6. Lavie Carl J. Update on obesity and obesity paradox in heart failure. Progress İn Cardiovascular Diseases, 58(4), 393-400, 2016.
7. Segall L, Nistor I, Covic A. Heart failure in patients with chronic kidney disease: a systematic integrative review. BioMed research international, 2014.
8. Batters C, Lamblin N, Mc Fadden EP, Van Belle E, Millaire A, De Groote P. Influence of diabetes mellitus on heart failure risk and outcome. Cardiovascular Diabetology, 2(1), 1, 2003.
9. Gençöz F. Uyum psikolojisi. Kriz Dergisi, 6(2):1-7,1998



10. Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin türkçeye uyarlanması. *Türk Kardiyol Dern Arş*,38.7: 480-485, 2010.
11. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Burkhart PV. Medication adherence in patients who have heart failure: A Review Of The Literature. *Nursing Clinics of North America*, 43(1), 133-153, 2008.
12. Powell LH, Calvin JE, de Leon C FM, Richardson D, Grady KL, Flynn KJ et al. The heart failure adherence and retention trial (hart): design and rationale. *American Heart Journal*, 156.3: 452-460, 2008.
13. Martı CN, Georgiopoulou VV, Giamouzis G, Cole RT, Deka A, Tang WW et al. Patient-reported selective adherence to heart failure self-care recommendations: A Prospective Cohort Study: The Atlanta Cardiomyopathy Consortium. *Congestive Heart Failure*, 19.1: 16-24, 2013.
14. Navıdian A, Yaghoubinia F, Ganjali A, Khoshsimae S. The effect of self-care education on the awareness, attitude, and adherence to self-care behaviors in hospitalized patients due to heart failure with and without depression. *PloS one*, 10.6: e0130973, 2015.
15. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*,7.3, 2014.
16. Kaveh MH, Khoramaki Z, Kojouri J, Keshavarzi S. The impact of a hospital-based educational program based on the health belief model on self-care behaviors of heart failure patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(1), 2017.
17. Riegel B, Lee C, Ratcliffe SJ, Geest S, Potashnik S, Patey M. et al Predictors of Objectively Measured Medication Nonadherence in Adults With Heart Failure, *Circulation Heart Failure*, AHA Journals;5: 430-436, 2012.

18. Fitzgerald AA, Powers JD, Ho PM, Maddox TM, Peterson PN, Allen LA et al. Impact of medication nonadherence on hospitalizations and mortality in heart failure. *Journal of cardiac failure*, 17(8), 664-669, 2011.
19. Köseoğlu N, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi, 7(14): 162-168,2016.
20. Dayapoğlu Y, Yıldız E. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlarının incelenmesi, MN Kardiyoloji, 24(2):78-83,2017.
21. Chung ML, Park L, Frazier SK, Lennie TA. Long-term adherence to low-sodium diet in patients with heart failure. *Western Journal Of Nursing Research*, 39.4: 553-567, 2017.
22. Wessler JD, Hummel SL, Maurer MS. Dietary interventions for heart failure in older adults: re-emergence of the hedonic shift. *Progress In Cardiovascular Diseases*, 57.2: 160-167, 2014.
23. Bentley B, De Jong MJ, Moser DK, Peden AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 331-336, 2005.
24. Toukhsati SR, Driscoll A, Hare DL. Patient self-management in chronic heart failure—establishing concordance between guidelines and practice. *Cardiac failure review*, 2015, 1.2: 128.
25. Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients' point of view. *PloS one*, 14(2), e0211768, 2019.
26. Oksel E, Akbıyık A, Koçak G. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 2016.
27. Jaarsma T, Strömberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD. et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*,92(1):114–20, 2013.

28. Özer S, Sezgin D. Kalp yetersizliğinde öz bakım, Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni Yıl: 7 Sayı: 4 / 2015
29. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PloS one*, 8(12), e80633, 2013.
30. Gagnon MD, Waltermaurer E, Martin A, Friedenson C, Gayle E, Hauser DL. Patient beliefs have a greater impact than barriers on medication adherence in a community health center. *J Am Board Fam Med*, 30(3), 331-336, 2017.
31. Enç N, Özalkan H. Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastane İçi Hemşirelik Bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3.4: 85-100, 2012.
32. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 37(27):2129-200, 2016.
33. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K et al. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* ;40(sup2):77-137, 2012.
34. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH et al. 2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure. *J Am Coll Cardiol*, 62(16):e147–239, 2013.
35. Lopes LR, Elliott PM. Genetics of heart failure. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*, 1832(12), 2451-2461, 2013
36. Ayvaz MY, Enç N. Kalp Yetersizliğinde Ödem. *Turk Journal Cardiovascular Nursing*, 9(19):69-75, 2018.
37. McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart*, 83.5: 596-60, 2000.

38. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, 93.9: 1137-1146, 2007.
39. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M et al. Heart disease and stroke statistics 2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 131(4):242-244, 2015.
40. Felker GM, Thompson RE, Hare JM, Hruban RH, Clemetson DE, Howard DL et al. Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Engl J Med*, 342:1077-84, 2000.
41. Cubero JS, Rivera LAP, Moral RP, Melchor LS. Heart failure: etiology and approach to diagnosis. *Revista española de cardiología*, 57.03: 250-259, 2004.
42. Mahmood SS, Wang TJ. The epidemiology of congestive heart failure: Contributions from the Framingham Heart Study. *Global Heart*, 8(1), 77-82, 2013.
43. Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MJ, Ho KKL, et al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Engl J Med*, 347:1397-402, 2002.
44. Jorsal A, Wiggers H, McMurray JJV. Heart failure: epidemiology, pathophysiology, and management of heart failure in diabetes mellitus. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 47.1: 117-135, 2018.
45. Çalangu S. *Acil Dahiliye Kitabı* 6. Baskı. İstanbul, Format Matbaacılık, 27-87, 2002
46. Kemp CD, Conte JV. The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*, 21.5: 365-371, 2012.
47. Soylu K, Şahin M, Dursun İ. Kalp Yetersizliğinde Nörohormonal Aktivasyon. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*, 18.3: 211-221, 2006.
48. Tanai E, Frantz S. Pathophysiology of heart failure. *Comprehensive physiology*, 6.1: 187-214, 2011.

49. Zornoff LA, Cicogna AC, Paiva SA, Spadaro J. Remodelamento e seu impacto na progressão da disfunção ventricular. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, 12(3):371–378, 2002.
50. Özenci M. Kalp Yetersizliği: Klinik ve Tedavi. (içinde) Erol Ç (Ed). Klinik Kardiyoloji. 2.Baskı. MN Medikal & Nobel Tıp kitabevleri Ankara, 2011.
51. Zoghi M. Kalp Yetersizliğinin Evreleri ve Sınıflandırılması. İçinde: Kozan Ö. Zoghi M, editör. A'dan Z'ye Kronik Kalp Yetersizliği. Güneş tıp kitabevleri. Ankara, 2010.
52. Karadakovan A, Aslan FE. Editör, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014.
53. Kurmanı S, Squire L. Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. Current heart failure reports, 14.5: 385-392, 2017.
54. Gazewood JD, Turner PL. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: Diagnosis and Management. American family physician, 96.9, 2017.
55. Akıncı AÇ, Zengin N, Yasemin B. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18.2: 52-61, 2014.
56. Alpert CM, Smith MA, Hummel SL, Hummel EK. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. Heart failure reviews, 22.1: 25-39, 2017.
57. Oğuz S. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumluluğu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, 2005.
58. Hobbs FDR, Jones MI, Allan TF, Wilson S, Tobias R. European survey of primary care physician perceptions, on heart failure diagnosis and management (Euro-HF). Eur Heart J, 21:1877– 87, 2000.
59. Fuat A, Hungin AP, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. BMJ, 326:196, 2003.

60. Fonseca C, Morais H, Mota T, Matias F, Costa C, Gouveia-Oliveira A, Ceia F; EPICA Investigators. The diagnosis of heart failure in primary care: value of symptoms and signs. *Eur J Heart Fail.* 6(6):795-800, 821-2, 2004
61. Sarı İ, Çavuşoğlu Y, Temizhan A, Yılmaz MB, Eren M. Davetli Editöryal Yorum/Invited Editorial. *Turk Kardiyol Dern Ars,* 44(8), 625-636, 2016.
62. Maisel A, Mueller C, Adams K, Anker SD, Aspromonte N, Cleland JG, Filippatos GS. State of the art: using natriuretic peptide levels in clinical practice. *Eur J Heart Failure,* 10(9):824–39, 2008.
63. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, McGuire A, Capewell S, McMurray JJJV. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Eur J Heart Fail,* 4:361–371, 2002.
64. Kepez A, Kabakçı G. Kalp Yetersizliği Tedavisi, Hacettepe Tıp Dergisi;35(2):69-81, 20004
65. Uçar FM, Temizhan A. Kalp Yetersizliği: Tanı, Farmakolojik ve Girişimsel Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics,* 7.1, 2015.
66. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA et al. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi;* 36(3):41-86, 2008.
67. Aktoz M. Poliklinikte Kalp Yetersizliği Hastası Takibi ve Tedavisi. *Balkan Medical Journal,* 1: 57-62, 2010.
68. Karapolat H, Durmaz B. Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi ;* 8: 51-57, 2008.
69. Hill M, Miller NH. Antihipertansif Tedaviye Uyum. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev.ed. Kazancı G. 3. baskı. İstanbul. Nobel kitapevi, 2004.
70. Coleman DJ. Medication compliance in the elderly. *Journal of Community Nursing,* 19(8): 4-6. 22,2005.

71. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting, *Journal of Clinical Nursing*. 20, 692–705, 2011.
72. Kelly HH. The process of causal attribution. *Am J Psychol*, 28:107–28, 2005.
73. Hıramı SP, Newman SP. Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart*, 91.9: 1235-1239, 2005.
74. Jamous RM, Sweileh WM, Taha ASEDA, Zyoud SEH. Beliefs about medicines and self-reported adherence among patients with chronic illness: a study in Palestine. *Journal of family medicine and primary care*, 3(3), 224,2014.
75. Lin Yu-Ping, Wang TJ, Tung HH, Furze G. Coronary heart disease beliefs and misconceptions among cardiac patients and people with chronic illness. *Open Journal of Nursing*, 2.01: 1, 2012.
76. French DP, Senior V, Weinman J, MarteauTM. Causal attributions for heart disease: a systematic review. *Psychol Health*, 16:77–98, 2001.
77. Bennett SJ, Lane KA, Welch J, Perkins SM, Brater DC, Murray MD. Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *Western journal of nursing research*, 27.8: 977-993, 2005.
78. Ruppap TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob J M. Medication adherence interventions improve heart failure mortality and readmission rates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Journal of the American Heart Association*, 5(6), e002606, 2016
79. World Health Organization. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization; 2003. Erişim Tarihi 25.05.2019.
80. Cottrell WN, Denaro CP, Emmerton L. Exploring beliefs about heart failure treatment in adherent and nonadherent patients: use of the repertory grid technique. *Patient preference and adherence*, 7, 141, 2013.

81. Bennet SJ, Milgrom LB, Champion V, Huster GA. Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: an instrument development study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 26.4: 273-279, 1997.
82. Bennet SJ, Hays LM, Embree JL, Arnould M. Heart messages: a tailored message intervention for improving heart failure outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14.4: 94-105, 2000.
83. Chung ML, Lennie TA, Frazier SK, Moser DK. Perceived Benefits of, but not Barriers to, Following a Low Sodium Diet Predict Long-Term Adherence in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 18(8), S82, 2012.
84. Akhondzadeh K, Ghezeljeh TN, Haghani H. The effect of the education program on the adherence intention to the dietary sodium restriction and the amount of sodium intake in patients with chronic heart failure. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 20.S1, 2018.
85. Egan JT, Leonardson G, Best LG, Welty T, Calhoun D, Beals J. Multidimensional health locus of control in American Indians: the strong heart study. *Ethnicity & disease*, 19(3), 338, 2009.
86. Berbiglia VA. Orem's self-care deficit theory in nursing practice. *Nursing Theory-E-Book: Utilization & Application*, 222, 2013.
87. Süzek H, Çakmak O. Muğla sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sosyo demografik özelliklerinin öz bakım güçlerine etkisinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1303-5134, 2004.
88. Veliöğlü P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 319-344, 2012.
89. Durademir A. Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 3(1):16-20, 1999.
90. Dickson VV, Deatrck JA, Riegel B. A typology of heart failure self-care management in non-elders. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 171-181, 2008.



91. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*, 5(3):363-70, 2003.
92. Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. *Eur J Cardiovasc Nursing*, 19(5):329-38, 2004
93. Bagheri-Saweh MI; Lotfi A, Salawati GS. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *International Journal of Biomedicine and Public Health*, 1.1: 42-47, 2018.
94. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*, 8: 644–654, 2011.
95. Sedlar N, Lainscak M, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure: a systematic review of European heart failure self-care behaviour scale studies. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16.4: 272-282, 2017.
96. Baydemir C, Özdamar K, Ünalır A. Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Anadolu Kardiyol Derg*, 13.6: 573e579, 2013.
97. Riley J. The key roles for the nurse in acute heart failure management. *Cardiac failure review*, 1(2), 123, 2015.
98. Salant P ve Don A. Dillman, *How to Conduct Your Own Survey*, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, , s. 55, 1994.
99. Kalaycı Ş. *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116 ,2006.
100. Eren M, Zoghi M, Tuncer M, Çavuşoğlu Y, Demirbağ R, Şahin M ve ark. Turkish registry for diagnosis and treatment of acute heart failure: TAKTİK study. *Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 44(8), 637-646, 2016.

101. Çavuşoğlu Y, Zoghi M, Eren M, Bozçalı E, Kozdağ G, Şentürk T ve ark. Post-discharge heart failure monitoring program in Turkey: Hit-PoinT. *Anatolian journal of cardiology*, 17(2), 107, 2017.
102. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. *Türk Kardiyol Dern Arş*, Suppl 1: 153-192, 2008.
103. Onat A, Uğur M, Çiçek G, Ayhan E, Doğan Y, Kaya H ve ark. TEKHARF taraması, Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 38(3), 159-163, 2009.
104. Korunma Avrupa Kardiyovasküler Hastalıklardan. Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm. *Türk Kardiyoloji Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*;38 Suppl 1, 2010.
105. Chew HSJ, Sim KLD, Cao X. Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-Driven Qualitative Study. *International journal of behavioral medicine*, 1-12, 2019.
106. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet Global Health*, 7(6), e748-e760, 2019.
107. Vural Doğru B, Karadakovan A. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(13), 88-104, 2016.
108. Gopal DM, Kalogeropoulos AP, Georgiopoulou VV, Smith AL, Bauer DC, Newman AB, et al. Cigarette smoking exposure and heart failure risk in older adults: the Health, Aging, and Body Composition Study. *American heart journal*, 164(2), 236-242, 2012.
109. Laonigro I, Correale M, Di Biase M, Altomare E. Alcohol abuse and heart failure. *Eur J Heart Fail.*, 11(5):453-462, 2009.

110. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi,Edirne, 2008.
111. Knafl GJ, Moser DK, Wu JR, Riegel B. Discontinuation of angiotensin-converting enzyme inhibitors or beta-blockers and the impact on heart failure hospitalization rates. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515119860321, 2019.
112. Sönmez E, Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile diyet uyumları arasındaki ilişki, *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing- Special Topics*, 2.3:23-29, 2016.
113. Levit RD, Reynolds HR, Hochman JS. Cardiovascular disease in young women: a population at risk. *Cardiol Rev*;19:60-5,2011
114. Drozda Jr JP, Smith DA, Freiman PC, Pursley J, VanSlette JA, Smith TR. Heart failure readmission reduction: outcomes of a quality improvement initiative implemented by St. John's Physician Group practice demonstration. *American Journal of Medical Quality*, 32(2), 134-140, 2017.
115. Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, Therneau TM, Long KH, Shah ND.,et al. Hospitalizations after heart failure diagnosis a community perspective. *J Am Coll Cardiol*. 54(18):1695-1702, 2009.
116. Arora S, Patel P, Lahewala S, Patel N, Patel NJ, Thakore K. et al. Etiologies, trends, and predictors of 30-day readmission in patients with heart failure. *Am J Cardiol*. 119(5):760-769, 2017.
117. Christensen HM, Schou M, Goetze JP, Faber J, Frystyk J, Flyvbjerg A. et al. Body mass index in chronic heart failure: association with biomarkers of neurohormonal activation, inflammation and endothelial dysfunction. *BMC cardiovascular disorders*, 13(1), 80, 2013.
118. Yaylalı GF, Yaylalı YT. Obezite Ve Kalp. *Turkiye Klinikleri Endocrinology-Special Topics*, 6(1), 45-49.,2013

119. Parissis J, Farmakis D, Kadoglou N, Ikonomidis I, Fountoulaki E, Hatziagelaki E et al. Body mass index in acute heart failure: association with clinical profile, therapeutic management and in-hospital outcome. *European journal of heart failure*, 18(3), 298-305, 2016
120. Yılmaz F, Çolak MY. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde İlaç İnancının ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 3(2), 113-121, 2018.
121. Cao J, MA P Zhang W, Zhao S, Cai H, Chen B. Study on Medication Adherence and Risk Factors in Patients with Chronic Heart Failure, *Lat. Am. J. Pharm.* 38 (7): 1306-12, 2019.
122. Granger BB, Ekman I, Granger CB, Ostergren J, Olofsson B, Michelson E. et al. Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *European journal of heart failure*, 11.11: 1092-1098, 2009.
123. WU JR, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle MJ., et al. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 41.2: 107-114, 2012
124. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of Self-care in Persons With Heart Failure. *Heart & Lung* 2001;30(1):18–25, 2001.
125. Aminnasab S, Lolaty H, Moosazadeh M, Shafipour V. Medication adherence and its predictors among patients with heart failure. *Nursing and Midwifery Studies*, 7.2: 81-86, 2018.
126. Osborn CY, Kripalani S, Goggins KM, Wallston KA. Financial strain is associated with medication nonadherence and worse self-rated health among cardiovascular patients. *Journal of health care for the poor and underserved*, 28.1: 499, 2017.
127. WU, JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *Journal of cardiac failure*, 14.7: 603-614, 2008.

128. Taşkaya S, Diyabetli Hastaların Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi A.B.D., Doktora Tezi, Ankara,2014.
129. Şahin S, Doğan U, Özdemir K, Gök H. Akut Kalp Yetersizliği nedeni ile kardiyoloji yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin ve bu özelliklerin hastanede kalış süresi ile ilişkisinin incelenmesi, *The Anatolian Journal Cardiology*, 12(2), 123-132, 2012.
130. Basuray A, Dolansky M, Josephson R, Sattar A, Grady EM, Vehovec A et al. Dietary sodium adherence is poor in chronic heart failure patients. *Journal of cardiac failure*, 21(4), 323-329, 2015.
131. Dolansky MA, Schaefer JT, Hawkins MA, Gunstad J, Basuray A, Redle JD et al. The association between cognitive function and objective adherence to dietary sodium guidelines in patients with heart failure. *Patient preference and adherence*, 10, 233, 2016.
132. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Worrall-Carter L, Bentley B, Trupp R, et al. Gender differences in adherence to the sodium-restricted diet in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(8), 628-634, 2006.
133. Chung ML, Moser DK, Lennie TA. Adherence to the low sodium diet in patients with heart failure is best when family members also follow the diet: A multicenter observational study. *The Journal of cardiovascular nursing*, 30(1), 44, 2015.
134. Doukky R, Avery E, Mangla A, Collado FM, Ibrahim Z, Poulin MF, et al. Impact of dietary sodium restriction on heart failure outcomes. *JACC: Heart Failure*, 4(1), 24-35, 2016
135. Dural G, Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyete uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik A.B.D, Malatya, 2016.

136. Lu Min-Xia, Zhang YY, Jiang JF, Ju Y, Wu Q, Zhao X et al. Weight Management Belief is the Leading Influential Factor of Weight Monitoring Compliance in Congestive Heart Failure Patients. *Acta Cardiologica Sinica* 32.6, 708, 2016.
137. Lee KS, Lennie TA, Dunbar SB, Pressler SJ, Heo S, Song EK et al. The association between regular symptom monitoring and self-care management in patients with heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 30.2: 145, 2015.
138. Jones CD, Holmes GM, DeWalt DA, Erman B, Wu JR, Cene CW et al. Self-reported recall and daily diary-recorded measures of weight monitoring adherence: associations with heart failure-related hospitalization. *BMC cardiovascular disorders*, 14.1: 12, 2014.
139. Alkan S, Nural N. Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir mi?. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8.16: 28-34, 2017.
140. Karaca S, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı Ve Nedenlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14.3: 1-7, 2011.
141. Nomali M, Mohammadrezaei R, Keshtkar AA, Roshandel G, Ghiyasvandian S, Alipasandi K et al. Self-Monitoring by Traffic Light Color Coding Versus Usual Care on Outcomes of Patients With Heart Failure Reduced Ejection Fraction: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 7.11: e184, 2018.
142. Alpert MA, Lavie CJ, Agrawal H, Aggarwal KB, Kumar SA. Obesity and heart failure: epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, and management. *Translational Research*, 164(4), 345-356, 2014.
143. Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & Lung*, 33.6: 345-353, 2004.

144. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 35.1: 3-8, 2006.
145. Auld JP, Mudd JO, Gelow JM, Lyons KS, Hiatt SO, Lee CS. Patterns of heart failure symptoms are associated with self-care behaviors over 6 months. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17.6: 543-551, 2018.
146. Beckie TM, Campbell SM, Schneider YT, Macario E. Self-care Activation, Social Support, and Self-care Behaviors among Women Living with Heart Failure. *American Journal of Health Education*, 48(6), 355-365, 2017.
147. Ermiş N, Kasar SK, Karaman E, Yıldırım Y. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yorgunluk. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 2018, 9.20: 105-112, 2018.
148. Pour H, Gökçe S, Kunter D, Yöner H. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi, *F.N. Hem. Derg*, 24(2): 66-71. 66,71, 2016.
149. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *The Journal of cardiovascular nursing*, 23.3: 258, 2008.
150. Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 223-230, 2008.
151. da Conceição, A. P, Santos MAD, Santos BD, Cruz DDALM. Self-care in heart failure patients. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(4), 578-586. doi:10.1590/0104-1169.0288.2591, 2015.
152. Sahebi A, Mohammad-Aliha J, Ansari-Ramandi M, Naderi N. Investigation the relationship between self-care and readmission in patients with chronic heart failure. *Research in cardiovascular medicine*, 4(1), 2015.
153. Linn AC, Azollin K, de Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure/Associação entre autocuidado

e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca/Asociación entre la auto-atención y reingresos hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(3), 469, 2016.

154. Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart Lung*,36(4):253-61, 2007.

155. Wu JR, Chung M, Lennie TA, Hall LA, Moser DK. Testing the psychometric properties of the Medication Adherence Scale in patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 37.5: 334-343,2008.

156. Akdeniz S, Ozer Z, Ayaz G. Evaluation of self care behaviours, medication and dietary compliance of patients with heart failure. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*. 4(2), pp 86-93. 2017.

157. Mauro M, Taylor V, Wharton S, Sharma AM. Barriers to obesity treatment. *Eur J Intern Med* 19: 173-180, 2008.

158. Sevinc S, Samancioglu S. Influence Of Caregiver On Heart Failure Patients' Disease Beliefs And Compliance. In *European Journal Of Cardiovascular Nursing* .Vol. 16, Pp. S27-S27,2017



## 10.EKLER

EK-1 Hasta Bilgi Formu

EK-2 İlaç Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği

EK-3 Diyet Uyumu Hakkındaki İnançlar Ölçeği

EK-4 Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği

EK-5 Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği

EK-6 Katılımcı Onay Formu

EK-7 Kurum İzni

EK-8 Ölçek İzinleri

## EK-1

### HASTA BİLGİ FORMU

#### SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ANKET FORMU

##### I. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumu: a) Evli b) Bekar

4. Eğitim durumu:

a) Okur-yazar değil b) Okur Yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise  
f) Üniversite

5. Sosyal Güvenceniz? a) Var b) Yok

6. Mesleğiniz?

a) Öğrenci b) Memur c) İşçi d) Emekli e) Serbest meslek f) Ev hanımı  
g) Diğer

7. Gelir Düzeyiniz?

a) Gelir giderden az (Düşük) b) Gelir ile gider eşit (Orta) c) Gelir giderden fazla (Yüksek)

8. Sigara kullanımı: a) Kullanıyorum miktar (adet/gün)...../süre (yıl).....

b) Kullanmıyorum

9. Alkol kullanımı: a) Kullanıyorum miktar (kadeh/gün)...../süre (yıl).....

b) Kullanmıyorum

##### II. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

10. BKI.....Kilo.....Boy.....

11. Kalp yetersizliği tanısı ne kadar süre önce kondu (ay)? .....

12. Ejeksiyon Fraksiyonu (EF): % .....

13. Son 1 yıl içerisinde kalp hastalığınız nedeni ile hastaneye yattınız mı?

a) Evet b) Hayır

14. Cevabınız evet ise kaç kez hastaneye yattınız?

.....

15. Fonksiyonel sınıf: a) Sınıf 2 b) Sınıf 3

16) Diğer Hastalıklarınız?

a)HT b)Dilate Kardiyomyopati c) İskemik Kalp Hastalıkları d)Kalp Kapak Hastalığı e)Diğer f) Yok

17. Kullanılan ilaçlar:

a) Diüretikler

b) Beta blokerler

c) Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) İnhibitörleri

d) Vazodilatörler(Nitratlar)

e) Digoksin

f) Kalsiyum Kanal Blokerleri

g) Anjiyotensin reseptör blokerleri

h)Antiaritmikler

ı) Antikoagulan

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

Aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneği daire içine alınız.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. İlaçlarımı aldığımda kalp hastalığım hakkında çok fazla endişelenmiyorum.	1	2	3	4	5
2. Eğer ilaçlarımı içersen hastaneye yatma olasılığım azalır.	1	2	3	4	5
3. İlaçları içmeyi hatırlamak zor geliyor.	1	2	3	4	5
4. İlaç içmekten hoşlanmıyorum.	1	2	3	4	5
5. Her gün bir sürü ilaç içmek zorunda kalıyorum.	1	2	3	4	5
6. Her gün ilaç içmek, evden dışarı çıkmamı zorlaştırıyor.	1	2	3	4	5
7. İlaçlarımı içmek ödemimi (şişliğimi) azaltıyor.	1	2	3	4	5
8. İlaçlarımı içmeyi unutuyorum.	1	2	3	4	5
9. Her gün ilaç içmek, kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.	1	2	3	4	5
10. İlaç içmek nefes almamı kolaylaştırıyor.	1	2	3	4	5
11. İlaçlarımı içmek daha kaliteli (rahat) yaşamamı sağlıyor.	1	2	3	4	5
12. İçtiğim ilaçlar geceleyin, tuvalete gitmek için uyanmama neden oluyor.	1	2	3	4	5

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

Aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneği daire içine alınız.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Az tuzlu diyetle beslenmek sağlıklı olmamı sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
2. Tuzlu yiyecekler benim için iyi değildir.	1	2	3	4	5
3. Az tuzlu diyetle beslenme kalp sağlığımı koruyacaktır.	1	2	3	4	5
4. Az tuzlu diyetle beslenme bacaklarımdaki şişmeyi azaltıyor.	1	2	3	4	5
5. Az tuzlu diyetle beslenme vücudumda sıvı birikmesini önleyecektir.	1	2	3	4	5
6. Az tuzlu diyetle beslenmem lokantaya gitmemi zorlaştırmaktadır.	1	2	3	4	5
7. Tuzu az olan yiyecekler lezzetsiz geliyor.	1	2	3	4	5
8. Az tuzlu diyet oldukça pahalıdır.	1	2	3	4	5
9. Az tuzlu diyetle beslenme çok zamanımı alır.	1	2	3	4	5
10. Az tuzlu diyetin nasıl uygulanacağını anlamak çok zor.	1	2	3	4	5
11. Az tuzlu diyetle beslendiğimde kendimi daha iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Az tuzlu diyetle beslenmek daha kolay nefes almamı sağlayacaktır.	1	2	3	4	5

**EK-4****BİREYSEL İZLEM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneği daire içine alınız.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek hoşuma gitmiyor.	1	2	3	4	5
2. Her gün kendimi tartmak çok zamanımı alıyor.	1	2	3	4	5
3. Her gün kilomu ölçerek sağlığımı koruyorum.	1	2	3	4	5
4. Ayak ve bacaklarımdaki şişliği kontrol etmek çok zaman alıyor.	1	2	3	4	5
5. Her gün kilomu izlemek yaşamımın kalitesini geliştiriyor.	1	2	3	4	5
6. Her gün kendimi tartmak kalp hastalığım hakkında beni endişelendiriyor.	1	2	3	4	5
7. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.	1	2	3	4	5
8. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden nasıl kontrol edeceğimi bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9. Evde kendimi tartmak için tartı aletim yok.	1	2	3	4	5
10. Her gün kilomu takip etmekten hoşlanmıyorum.	1	2	3	4	5
11. Kilomu ölçtüğümde hastalığım hakkında endişelenmiyorum.	1	2	3	4	5
12. Kendimi tarttığımda tartıdaki değeri okuyamıyorum.	1	2	3	4	5
13. Her gün kilomu ölçmeyi unutuyorum.	1	2	3	4	5
14. Tartı aletinin üzerinde kilomu göremiyorum.	1	2	3	4	5
15. Ayak ve bacaklarımı şişlik yönünden kontrol etmenin yaşam kalitemi artıracığına inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Her gün kilomu takip ettiğimde hastaneye yatma olasılığının az olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
17. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmenin beni daha sağlıklı yapacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
18. Her gün ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmeyi unutuyorum.	1	2	3	4	5

**EK-5****AVRUPA KALP YETERSİZLİĞİ ÖZ BAKIM DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ**

<b>Bu ölçek, kalp yetersizliği öz bakım davranışlarınız ile ilgili ifadeler içeriyor. Size en uygun gelen cevabı daire içine alınız.</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
<b>1.</b> Hergün tartılırım.	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatmak, dinlenmek)	1	2	3	4	5
<b>3.</b> Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
<b>4.</b> Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
<b>5.</b> Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
<b>6.</b> İçtiğim sıvı miktarını kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere).	1	2	3	4	5
<b>7.</b> Gün içinde dinlenirim	1	2	3	4	5
<b>8.</b> Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım	1	2	3	4	5
<b>9.</b> Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim	1	2	3	4	5
<b>10.</b> İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım	1	2	3	4	5
<b>11.</b> Her yıl grip aşısı olurum	1	2	3	4	5
<b>12.</b> Düzenli egzersiz yaparım	1	2	3	4	5

## EK-6

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### Sayın katılımcı;

Bu çalışma bir tez çalışması olup, “Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İnanç ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki”yi tespit etmek amacıyla planlanmıştır. Gönüllünün araştırmaya katılımı tamamen isteğe bağlı olup, istediği zaman diliminde, herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedilir ya da araştırmadan çekilebilirsiniz. Paylaştığımız bilgiler gizli tutulacak olup sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ya da gönüllünün katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü zamanında bilgilendirilecektir. Araştırmaya katılım için veri toplama formundaki sorularını yanıtlamanız yeterli olup bu, yaklaşık 10-15 dakikalık süreyi içermektedir. Araştırmaya yaklaşık 300 kişinin katılması beklenmektedir.

*“Bilgilendirilmiş gönüllü onur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”*

#### Gönüllünün:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

#### Araştırmacının:

Adı Soyadı: Ayfer HİÇERİMEZ

İmza:

Tarih:





T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 28001928-604.01.01  
Konu : Ayfer HİÇERİMEZ'in Araştırma  
İzni Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 07/09/2018 tarih ve E-2686 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi *Ayfer HİÇERİMEZ'in*, *Dr. Öğr. Üyesi Esra KOROĞLU ÇAMDEVİREN'in* danışmanlığında yürütülecek; "**Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İnanç ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki**" konulu anket çalışmasını, hastanemiz kalp yetmezliği polikliniği ve kardiyoloji polikliniğindeki ayakta takipli 2. ve 3. düzey kalp yetmezliği olan hastalar ile yapma talebi yönetiminiz tarafından değerlendirilmiş olup; uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Prof. Dr. Cevdet Uğur KOÇOĞULLARI  
Başhekim

Tabiiye Cad. No:13 Haydarpaşa-Üsküdar/İstanbul  
Faks No:0216 418 96 49

e-Posta:crdem.i@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: www.siyamiersek.gov.tr

Bilgi için:Erdem İŞİK  
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No:0216 542 45 53

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 71373b0b-5038-41cc-95d2-b38b3336f0c2 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 10678112-799  
Konu : Ayfer HİÇERİMEZ'in  
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 07/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2686 sayılı yazı nız.

İlgi sayılı yazı ile Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi *Ayfer HİÇERİMEZ'in, Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'nin* danışmanlığında yürütülecek; "**Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İnanç ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki**" konulu anket çalışmasını, hastanemiz kalp yetmezliği polikliniği ve kardiyoloji polikliniğindeki ayakta takipli 2. ve 3. düzey kalp yetmezliği olan hastalar ile yapma talebi kurumumuza iletilmiş olup; söz konusu araştırmanın, hastanemizde yapılması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Doç.Dr. Mehmet ERTÜRK  
Başhekim

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi E.A.H.  
Faks No:02124719494

e-Posta:f.cetinkaya@sic@saglik.gov.tr İnt.Adresi: .

Bilgi için:Filiz ÇETİNKAYA İŞİK  
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5c2413e0-e1a6-4bd1-a616-bb0db288dff1 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-8

Fwd: İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği , Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği



soguz <soguz@marmara.edu.tr>  
6.08.2018 15:11



Kime: ayferhicerimez@hotmail.com

Sevgili Ayfer,  
Üç ölçeği de kullanabilirsiniz. Ölçek TKD arşivinde yayınlandı. Oradan ulaşabilirsiniz. Kolay gelsin.

----- Özgün İleti -----

Konu: İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği , Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği  
Tarih: 2018-08-02 16:15  
Gönderen: AYFER HİÇERİMEZ <ayferhicerimez@hotmail.com>  
Alıcı: "soguz@marmara.edu.tr" <soguz@marmara.edu.tr>

Re: Ynt: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği



CANAN BAYDEMİR <canand@ogu.edu.tr>  
29.05.2018 11:48

Kime: AYFER HİÇERİMEZ




Avrupa Kalp Hastalıkları Öz...  
23,97 KB


Ayfer hanım özür dilerim mailinizi şimdi gördüm  
iyi günler dilerim  
Canan baydemir

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "AYFER HİÇERİMEZ" <ayferhicerimez@hotmail.com>  
Kime: "CANAN BAYDEMİR" <canand@ogu.edu.tr>  
Gönderilenler: 5 Mayıs Cumartesi 2018 22:02:59  
Konu: Ynt: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği

## 11-ETİK KURUL ONAYI

 **MEDİPOL**  
UNV İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ



T.C.  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.34154  
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/08/2018

**Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İnanç ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 15.08.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.  
Evrageğiniz <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 9EDF8EA1X0 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi  
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz  
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İnanç ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		03/08/2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 452</b>		<b>Tarih: 15/08/2018</b>			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma



**T.C.**  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı**

**E-İmzalıdır**

Sayı : 10840098-604.01.01-E.62951  
Konu : Etik Kurulu Kararı

28/11/2019

**Sayın Ayfer HİÇERMEZ**

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15/08/2018 tarihinde 452 karar no ile onay verilen "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İnanç ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki" isimli tez çalışmanızın başlığını "Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları ile Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki" olarak değiştirilmesi isteğiniz uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 28.11.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 8B0D9891X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



## 12-ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Ayfer	<b>Soyadı</b>	HİÇERİMEZ
<b>Doğum Yeri</b>	Aksaray	<b>Doğum Tarihi</b>	06.02.1982
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kimlik No</b>	
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:ayferhicerimez@hotmail.com">ayferhicerimez@hotmail.com</a>	<b>Tel</b>	

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Dumlupınar Üniversitesi	2005
<b>Lise</b>	Aksaray Osman Gazi Lisesi	2000

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
1.Yoğun Bakım Hemşiresi (KVC YB)	Dr Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-.....
2.Organ ve Doku Nakli Koordinatörü	Sağlık Bakanlığı Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezi	2012-2014
3. Yoğun Bakım Hemşiresi (Anestezi YB)	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010-2012
4. Yoğun Bakım Hemşiresi (Anestezi YB)	Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi	2005-2010

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İNGİLİZCE	Orta	Orta	Orta

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
SPSS	İyi
Microsoft Office Programları	İyi