

T. C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİĞİTAL KULLANAN KALP HASTALARININ  
İLAÇ VE KULLANIMINA İLİŞKİN  
BİLGİLERİNİN SAPTANMASI**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

*Hazırlayan*

**Öğr. Gör. Sevim KALKAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

*Danışman*

**Yrd. Doç. Dr. Emine ÇAKIRCALI**

KONYA - 1996

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLOLAR .....	iii
<b>BÖLÜM I</b>	
<b>GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı .....	1
1.2. Araştırmanın Önemi .....	2
1.3. Araştırmanın Amacı .....	3
1.4. Kalp Hastalıkları ile İlgili Kuramsal Bilgiler.....	4
1.4.1. Kalp Hastalığına Bakış.....	4
1.4.2. Hastanın Eğitiminde Esas Alınması Gereken Eğitim Rehberi.....	6
1.4.3. Kalp Yetmezliği .....	6
1.4.4. Teşhis ve tedavide Kullanılan ilaçların Uygulanmasında Hemşirenin Sorumlulukları .....	8
1.4.5. Tedavi Sürecinin Amacı ve Hedefleri.....	10
1.4.6. Kalp Yetmezliği Tedavisinde Digital Glikozitlerinin Yeri .....	11
1.4.7. Digital Toksisitesindeki Artış ve Nedenleri.....	15
<b>BÖLÜM II</b>	
<b>MATERYAL VE YÖNTEM</b> .....	20
2.1. Araştırmanın Şekli .....	20
2.2. Araştırmanın Yeri .....	20
2.3. Araştırmanın Evreni .....	20
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	20
2.5. Veri Toplama .....	20
2.5.1. Anket Formun Hazırlanması .....	21
2.5.2. Anket Formunun Uygulanması .....	21
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
<b>BÖLÜM III</b>	
3.1. BULGULAR .....	23
3.2. TARTIŞMA.....	53
<b>BÖLÜM IV</b>	
4.1. SONUÇLAR.....	70
4.2. ÖNERİLER .....	73
4.3. ÖZET .....	75
SUMMARY.....	76
KAYNAKLAR.....	78
EK.....	80
ÖZGEÇMİŞ .....	84
TEŞEKKÜR.....	85

## TABLolar

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Deneklere İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	23
2. Deneklerin Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	24
3. Deneklerin Hastalıklarına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı .....	25
4. Deneklerin Digitale İlişkin Bilgilerinin Dağılımı.....	27
5. Deneklerin Yaş Gruplarının İlacın Adını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....	31
6. Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Adını Bilme Du- rumlarına Göre Dağılımı .....	32
7. Deneklerin Yaş Gruplarının İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	33
8. Deneklerin Cinsiyetlerinin İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	34
9. Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Etkisinin Ne Ol- duğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	38
10. Deneklerin Hastalık Sürelerinin İlacın Etkisinin Ne Ol- duğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	35
11. Deneklerin Tedaviye İlişkin Bililendirilme Durumların İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilmelerine Göre Dağılımı .....	37
12. Deneklerin Cinsiyetlerinin İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şeklide Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....	38

**Tablo No****Sayfa No**

13. Deneklerin Eğitim Düzeylerinin Göre İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....39
14. Deneklerin Meslek Gruplarının İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....40
15. Deneklerin Hastalık Sürelerinin İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....41
16. Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirmelerinin İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....42
17. Deneklerin Cinsiyetlerinin İlaç Önerilen Dozdan Fazla Alındığında Ne Olabileceğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....46
18. Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlaç Önerilen Dozdan Fazla Alındığında Ne Olabileceğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....44
19. Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirilmelerinin İlaç Önerilen Dozdan Fazla Alındığında Ne Olabileceğine İlişkin Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı .....45
20. Deneklerin Yaş Gruplarının İlacın Etkisinin Alındıktan Ne Kadar Süre Sonra Başladığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....46
21. Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Etkisinin Alındıktan Ne Kadar Süre Sonra Başladığını Bilme Durumlarının Dağılımı .....47

**Tablo No****Sayfa No**

22. Deneklerin Meslek Gruplarının İlacın Etkisinin Alındıktan Ne Kadar Süre Sonra Başladığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....	48
23. Deneklerin Hastalık Sürelerinin İlacın Etkisinin Başlama Süresini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı .....	49
24. Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirilme Durumlarının İlacın Etkisinin Başlama Süresine İlişkin Verdikleri Yanıtlarına Göre Dağılımı.....	50
25. Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Vücuttan Atılma Yolu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	51
26. Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirilmelerinin İlacın Atılım Yolunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	52

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

#### 1.1. PROBLEMİN TANIMI

Günümüzde tıbbi ve teknolojik ilerlemelere bağlı olarak gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde ortalama insan ömrü uzamıştır. Ana ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, konjenital malformasyonlar, beslenmeye ilişkin sorunların çözülmesi ve ölüm hızının azaltılması bu sonucun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte toplam ölümlerin % 70'ini kronik hastalıkların oluşturması önemli bir sağlık sorunudur. Kronik hastalıklar içinde de kalp hastalıkları önemli bir yere sahiptir (13, 14).

En yaygın kalp hastalıkları, koroner arter hastalıkları ile atheroskleroz ve hipertansiyona bağlı olan hastalıklardır. Bu hastalıklar, çoğunlukla 40 yaşın üzerindeki kişilerde görülmektedir. Buna karşın romatizmal kalp hastalığı ise en fazla çocuklarda ve gençlerde görülmektedir. Ancak romatizmal kalp hastalığının tedavisinde yeni gelişmeler kaydedildikçe, kalp hastalıkları daha çok orta yaş ve yaşlıların hastalığı haline gelmiştir (25). İlaç almanın asıl amacı, hastaları tedavi ederek hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonları önlemektir. Fakat ilaçların önerilen biçimde kullanılmaması, vücutta bazı organların işlevlerinde bozukluklara, zehirlenmelere ve ilaçlar arası bazı tehlikeli etkileşimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hekimin önerdiği ilaçların belirtilen doz ve zamanda kullanılması gerekmektedir (13).

Kalp kapaklarına ait bozukluklar, koroner yetmezlik, miyokard dejenerasyonu ve hipertansiyon gibi nedenlere bağlı olarak gelişen kalp yetmezliğindeki öneminden dolayı digital ilaçları, ikiyüz yılı aşkın bir süredir kalp hastalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte

digital ilaçları, tedavi edici ve toksik doz sınırlarının dar olması nedeniyle tehlikeli de olabilmektedir. Emniyet sınırları dar olduğu için kullanılmaları sırasında toksik belirtiler kolaylıkla çıkabilmektedir. Özellikle yaşlı ve ilerlemiş kalp hastalığı olanlar, ciddi aritmileri veya akut miyokard enfarktüsü olan hastalar digital zehirlenmesine yatkın olmaktadır (1,2,9,12,30).

Digital kullanan kalp hastalarında, intoksikasyon belirtilerinin gözden kaçırılması ve bu tedavinin devam ettirilmesiyle öldürücü komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Digital intoksikasyonu görülen hastalarda ölüm oranı ciddi boyutlarda olmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda, digital kullanan hastaların zehirlenme sıklığının %8-20 olduğu, bu hastalarda ölüm oranının ise %7-50 arasında değiştiği saptanmıştır. Bir başka literatür bilgisinde de intoksikasyon oranının %5-15, ölüm oranının ise % 30-40 olduğu belirtilmektedir (2,12,19).

Digital kullanan kalp hastaları, elektrolit dengesizlikleri, hastalıklar, ilaçlar ve bünyesel özellikler gibi digitale duyarlılığı arttıran nedenler, ilaç ve tedavi hakkında yetersiz bilgilendirilme ve tedavinin gerektirdiği koşullara uyum göstermeme nedeniyle intoksikasyon gibi ciddi bir problemle karşı karşıya kalabilmektedir. Hatta bu yüzden de yaşamlarını yitirebilmektedir. İstatistikî bulgular ülkemizde digital kullanan 1 milyon hastadan 200 bininin zehirlenme tehlikesiyle karşı karşıya bulunduğunu göstermiştir (2). Bu nedenle, digital kullanan kalp hastalarının ilaç ve kullanımına ilişkin bilgileri hekimler kadar hemşireleri de ilgilendirdiği için bu araştırmada problem olarak seçilmiş ve incelenmiştir.

## **1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Hastanın verilen tedaviye uyum göstermemesi hastalığın yavaş iyileşmesi, düşük sağlık potansiyeli ve yaşam standardı ile so-

nuçlanmaktadır. Kronik durumlarda, hastanın tedavisine ilişkin verilen tıbbi önerilere uymaması, durumunun daha kötüye gitmesine buna bağlı olarak ikincil sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hatta tedaviye uyumsuzluk bazı durumlarda erken ölümlere kadar götürebilmektedir (44).

Hemşireler, hasta davranışı üzerinde büyük ölçüde etkili olabilmektedir. Tedavinin her aşamasında hastalarına önerilerde bulunmak ve onları bilgilendirmek için bilgi ve becerisini kullanmalıdır. Ayrıca hemşirenin, sağlık eğitimcisi olarak önemli bir rolü vardır.

Hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında eğitilmesi, problem çıkmasını önlemekte ve tedaviye uyum göstermesini sağlamaktadır. Bu nedenle hastanın eğitilmesi, tedavinin vazgeçilmez bir parçasıdır (30,44).

Kalp hastalarına, eskisi gibi normal ve aktif bir yaşam biçimi sürdürmenin kalp hastalıklarını olumsuz yönde etkilediğini öğretmek için zaman ve sabır gereklidir. Hastaların çoğunluğu, hastalıklarını açıkça anlayamamakta veya hastalıkları konusunda gerçekçi davranmamaktadır. Onların güvenli, rahat ve mutlu bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri için yaşam biçimlerini değiştirmeleri gerektiği açıklanarak etkilenmeleri sağlanmalıdır (37,42).

Digital kullanan kalp hastalarının ilaç ve kullanımına ilişkin bilgilerinin araştırılması, hastaların ilaç ve kullanımı konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi ve bilinçlenmelerinin sağlanması amacıyla yapılacak olan eğitim programına ışık tutması bakımından önem taşımaktadır.

### **1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan ve digital kullanan kalp hastalarının ilaç ve kullanımına ilişkin bilgilerini ve davranış örüntülerini saptamak amacıyla planlanmıştır.



## 1.4. KALP HASTALIKLARI İLE İLGİLİ KURAMSAL BİLGİLER

### 1.4.1. Kalp Hastalığına Bakış :

Son yıllarda kalp hastalığına karşı önemli tıbbi gelişmeler kaydedilmesine rağmen kalp ve damar hastalıkları hâlâ yılda bir milyon ölüm ile ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. Bunlardan 547 bin ölüm kalp krizinden, 156 bini kalp hasarlarından, 31 bini hipertansiyondan geri kalan 247 bin ölüm ise kardiyovasküler hastalıklardan gerçekleşmektedir. Bununla birlikte Amerika'da 63 milyondan fazla kişi değişik kalp ve kan hastalıklarıyla birlikte hayatlarını sürdürmektedir (43). Kalp hastalığı çok değişik şekillerde ortaya çıkabilmekte ve görünümü genellikle yanıltıcı olabilmektedir. Kalp hastalarının çoğu sağlıklı ve dinç görünmektedir. Ancak klinik muayene ve testlerle onların gerçek durumları ortaya çıkarılmaktadır. Kalp hastaları normal günlük aktivitelerini ve görevlerini yapmakta zorlanmaktadır (37, 42).

Karmaşık ve çok çeşitli faktörler kalp hastalığının gelişmesine neden olmaktadır. Kalp hastalığı tek başına veya başka hastalıklarla birlikte de görülmektedir. Birbiriyle alakalı çeşitli faktörler, kalp hastalığının gelişme riskini iki kat daha arttırmaktadır. Endüstrileşmiş ve zengin ülkelerde olduğu gibi tüm dünyada batılılaşmış bir yaşam tarzı benimsenmiştir. Böyle bir yaşam tarzı yağdan, kolesterolden, şekerden, tuzdan zengin ve aşırı kalori tüketimini içeren bir diyet değişikliğini de beraberinde getirmiştir. Diyet değişikliğine bağlı olarak, koroner arter hastalığının ortaya çıkmasını kolaylaştıran hiperlipidemi, hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi, hipertansiyon, diabet ve obesite gibi risk faktörleri ortaya çıkmıştır. Diğer risk faktörleri arasında sigara, monoton bir yaşam tarzı, stres ve kişilik tipi yer almaktadır (34,36,39,42,43).

Bu risk faktörlerine ilaveten, üzerinde herhangi bir kontrolümüzün olmadığı durumlar da vardır. Bu durumlar şöyle sıralanmaktadır (34,35,36,37,43):

1- Kalıtım : Ailesinde veya yakın akrabalarında elli ve 55 yaşından önce kalp krizi geçiren veya kalp hastalığı olan bir kişi kalp hastalığı bakımından risk altındadır. Bu nedenle risk faktörlerini en aza indirmek için daha fazla bir çaba göstermek durumundadır.

2- Yaş : Kalp krizi ve diğer kardiyovasküler hastalık riski, yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Buna rağmen ölümlerin yaklaşık %50'si 65 yaşın altındaki kişilerde görülmektedir. Önceleri yaş, kalp hastalığının bir risk faktörü olarak görülürken bu uzun süre geçerliliğini koruyamamıştır.

3- Cinsiyet : Erkeklerde kalp krizi görülme riski kadınlara nazaran daha fazladır. Kadınlarda estrogen hormonunun kalp üzerine koruyucu etkisi nedeniyle bu risk, menapozdan sonra artmasına rağmen yine de erkeklere oranla daha düşüktür. Ancak, kalp hastalığına bağlı ölüm oranı, kadınlarda erkeklerden daha fazladır. 1993 istatistikleri, 1989'da kardiyovasküler hastalığa bağlı olarak ölen kadınların % 52, erkeklerin ise % 48 olduğunu göstermiştir. Bazı araştırmacılar, kadınların erkeklerden daha uzun süre yaşamaları nedeniyle sonucun bu şekilde olduğu görüşünü savunmaktadır (35).

4- Irk : Siyah ırklarda, kalp krizi veya kalp hastalığından meydana gelen ölüm oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır,

5- Sosyo - Ekonomik düzey : Aşırı alkol ve sigara kullanımı, uzun süreli işsizlik fiziksel ve zihinsel strese neden olmaktadır. İşsiz kişiler, kalp hastalığı açısından yüksek risk altındadırlar. Townsend, kuzey ülkelerde maddi yoksunluk ile iskemik kalp hastalığının görülme sıklığı arasında bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. Bu ilişki, literatürde genellikle desteklenmektedir. Fakat işsizliğin hastalığa mı yoksa kötü alışkanlıklara mı sebep olduğuna dair kesin olmayan görüşler de söz-

konusudur. Toplumun tüm diğer gruplarında olduğu gibi işsiz kişiler de sağlıklı bir yaşam için gerekli olan koşulları yerine getirerek kalp hastalığı riskini azaltabilirler.

#### **1.4.2. Hastanın Eğitiminde Esas Alınması Gereken Eğitim Rehberi :**

Kalp hastalığı hakkında, hastaya ne kadar bilgi verileceği her hasta için farklıdır. Hastanın eğitiminde esas alınması gereken on eğitim rehberi şöyle sıralanabilir (16):

1- Sözel ve sözel olmayan ipuçlarının yardımıyla hastanın öğrenmeye hazır oluşu değerlendirilmelidir. Örn; Hasta durumu hakkında sorular soruyor mu? Ağrı, yorgunluk, depresyon ve inkâr gibi hastanın öğrenmeye hazır olmasını engelleyen faktörler gözden geçirilmelidir.

2- İşitme kaybı, görme bozukluğu yada okuyamama gibi hastanın öğrenme kabiliyetini engelleyen problemler belirlenmelidir.

3- Hasta taburcu olmadan önce öğrenme gereksinimi ve ilgileri değerlendirilmelidir.

4- Eğitim düzeyi yüksek olan hastalara bile bilgi verilirken basit ve anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır.

5- Rutin hasta bakımı içerisinde, ilaçlar ve diyet değişiklikleri gibi konular hakkında da eğitime yer verilmelidir.

6- Eğitim esnasında dalgınlıklar mümkün olduğunca azaltılmalı, rahat bir ortam sağlanmalı, yemek saati yada ziyaret saatinde eğitim yapılmamalıdır.

7- Öğrenme yeteneğini geliştirmek için hastaların ilgisi çekilmelidir. Genellikle hastalar sadece okuma bilgilerinden ziyade okuma-görme-dokunma ve işitme kombinasyonu ile elde edilen bilgileri daha iyi hatırlamaktadırlar. Hastalardan öğrendiklerini tekrarlaması istenmelidir.

8- Grup öğretimine katılması için teşvik edilmeli, grup içinde konuşma ve soru sorması için cesaretlendirilmelidir.

9- Hastanın anladığından emin olmak için gerekli noktalar çeşitli yollarla tekrarlanmalıdır.

10- Hastaya, kendi başına öğrenmeyi sürdürebilmesi için broşür, dergi, slayt, videoteyp, poster gibi materyaller temin edilmelidir.

Kalp yetersizliğinin birçok nedeni olmakla birlikte sıklıkla miyokardın kontraksiyonunda bir bozukluk sonucu meydana gelir. Çoğu durumlarda da kalp yetmezliği, normal bir kalbin aniden kapasitesini zorlayan bir yükü yada ventriküler dolumun bozulması gibi durumlar tarafından meydana getirilir. Kalp yetersizliği, anormal tuz ve su retansiyonuna bağlı olarak dolaşımda konjesyon olduğu fakat kalbin fonksiyonunun bozulmadığı durumlardan ayırd edilmelidir. Miyokardial yetmezlik, kalp yetmezliği ve dolaşım yetmezliği aynı anlamda değildir (6).

#### **1.4.3. Kalp Yetmezliği :**

Kalpte hasara neden olan herhangi bir faktör, kalbin kasılma yeteneğini azaltarak, zayıf çalışan bir pompa durumuna getirir. Buna hi-poefektif kalp denir. Kalbi yetersiz çalışmaya iten faktörler miyokard enfarktüsü, valvüler kalp hastalığı, kalbin vagal stimülasyonu, kalbe gelen sempatiklerin inhibisyonu, konjenital patolojiler, perikardit, miyokardittir. Endüstrileşmiş ülkelerde aterosklerotik koroner arter hastalığının sonucunda görülen miyokard enfarktüsü kalp yetersizliğinin başlıca nedenidir (7,18,20).

Konjestif kalp yetersizliği kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılamada yeterli kanı pompalayamaması sonucu ortaya çıkan anormal bir durumdur. Sağ veya sol ventriküler yetmezlik yada her ikisi bir arada olabilir (4,17).

Sol ventriküler disfonksiyonda, zayıflamış miyokard normal olarak kasılamaz ve konjestif kalp yetmezliğine neden olur. Kardiyak output düşüşü için vücut dokuları, ihtiyaçları olan oksijenden yoksun kalmış olurlar. Vücut, kısa ve uzun süreli adaptasyon mekanizmaları ile azalmış olan kardiyak outputu kompanse eder. Bu kompanse mekanizmalar; nörohümorale cevaplar, Frank-Starling mekanizması ve miyokardiyal hipertrofi'dir (23,26).

Kalp yetmezliği kompanse durumda olan hastalar, diyetlerine uymadıkları zaman ( $\text{Na}^+$  alımının artması) veya ilaç kullanımını aksattıkları zaman dekompanse duruma girebilir. Aşırı ısı veya nem, aşırı yorgunluk, anemi, gebelik, hipertiroidizm veya enfeksiyon vücudun metabolik gereksinimini arttırarak kalp yetersizliğini şiddetlendirebilir (7).

Kalp yetmezliklerinde tıbbi tedavi ve bakım, üç amaca yöneliktir. Bunlar, kalp yükünün azaltılması, miyokardiyal kontraktilesinin artırılması ve sıvı retansiyonunun kontrol edilmesidir. Kalp yükünün azaltılmasında en iyi yol, hastanın fizik ve mental olarak dinlenmesinin sağlanmasıdır. Şişmanlarda fazla kiloların atılması da kalp yükünü azaltır. Ancak zayıflama mutlaka denetim altında yapılmalıdır (5).

İskemik kalp hastalığının tedavisinde yaygın olarak önerilen Nitratlar, konjestif kalp yetmezliği olan hastalar için de faydalıdır. İndirekt olarak vasküler düz kasları gevşeterek vazodilatasyona sebep olur. Böylece sol ve sağ ventriküler basıncı düşürür (45).

#### **1.4.4. Teşhis ve Tedavide Kullanılan İlaçların Uygulanmasında Hemşirenin Sorumlulukları:**

Hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan ilaçların uygulanması, ilacın istenilen veya beklenen etkiyi sağlayıp sağlamadığının gözlenmesi hemşirenin önemli görevlerinden biridir. Hemşirenin ilacın et-

kinliğini değerlendirebilmesi için ilacın etkisini, diğer ilaçlarla etkileşimini olup olmadığını, hastada istenilen etkisini, yan etkilerini bilmesi ve bakıma yönelik girişimlerini bunlara göre saptaması gerekir (12).

İlaçların yararlı etkilerinin yanısıra olumsuz etkileride vardır. Yüksek teknoloji ve bilimsel bilgi çağında bile ilaç tedavisiyle ilgili kararlar, insan organizmasının hâlâ tam olarak anlaşılammış olması nedeniyle sıklıkla deneysel kriterler üzerine oturtulur. Bu nedenle, tedavi ve teşhis amacıyla ilaç uygulamasında ilacın etkisine ilişkin çeşitli sonuçlardan bir veya birkaçını bir arada görmek mümkündür. Bu sonuçlar şöyle sıralanabilir (27):

- 1- Beklenen farmakolojik etki görülebilir,
- 2- Zıt farmakolojik etki görülebilir,
- 3-Yetersiz bir etki görülebilir,
- 4-Allerjik bir reaksiyon görülebilir,
- 5- Hasta tedavi planına bağlı kalmayabilir,
- 6- Hasta yanlış bir ilaç uygulayabilir.

Digital verilmesinde hemşireye düşen sorumluluklar şöyle özetlenebilir (1,5,9,25,44):

1- Tüm kalp glikozidleri verilirken öncelikle etiket çok dikkatli okunmalıdır. Çünkü Digitoksin, Digoxin gibi isim benzerlikleri olmasına rağmen bunların dozları, etki süreleri ve vücuttan atılma yolları farklıdır.

2- Digital verilmeden önce hastanın nabzı apikal olarak tam bir dakika sayılmalıdır. Nabız hızı ve ritmi dikkatle izlenerek kaydedilmelidir.

3- Hastanın nabzı çok hızlı yada dakikada altmış atımın altında veya düzensiz ise ilaç verilmemeli, doktora haber verilmelidir.

4- Konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda, jugular ven dolgunluğunda ve ödemde azalma, kilo kaybı, idrar miktarında artma, oksijenlenmede, nabız hızında ve ritminde düzelme gibi digitalin yaptığı etkilerin belirtileri gözlenmelidir. Digital tedavisi alan hastanın ve ailesinin belirli ekstrakardiyak toksisite işaretlerini bildiğinden emin olunmalıdır.

5- Toksikasyon belirtilerine karşı hasta yakından izlenmeli ve herhangi biri görüldüğünde doktora haber verilmelidir.

6- Hastaların sağlıklarını ilgilendiren bilgileri almaları en doğal haklarıdır. Bunun yanında bilgi verilmesi konusunda ahlâkî ve meslekî bir sorumluluk da vardır. Hastaya tedavisi hakkında bilgi verildiğinde uyumlulukta ilerleme kaydedilmiştir. Hastaya verilen bir bilgi kitapçığı hastanın tedavisiyle ilgili olarak bilgilenmesini sağlar. Birçok araştırmamanın sonucuna göre hastaların kendilerine verilen bilgilerden faydalandıkları ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Hastaların bilgi ve uygulama düzeyini yükseltmek için tedavinin adı, amacı, ilacın etkisi, nasıl, ne zaman ve ne kadar süreyle alınması gerektiği, ilaç alırken özel önlemler, hastanın kaçınması gereken yiyecekler, ilacın yan etkileri ve nasıl saklanacağı konularında eğitim yapılmalı, mümkünse yazılı olarak verilmelidir.

#### **1.4.5. Tedavi Sürecinin Amacı ve Hedefleri**

Tedavi sürecinin primer amacı; ilaçların hasta tarafından uygun olarak kullanıldığına karar vermektir. Kullanma şekli hakkında reçeteye veya reçetesiz açıklama yapılmış olmalıdır. İlaçların üzerindeki etiketler, değerlendirme yapmak ve işlemleri tanımak açısından muhafaza edilmelidir (27).



Tedavi sürecindeki hedefler şunlardır (27):

- 1- İlaçların içerdiği dozları, kullanım süresini ve ilaç uygulama şekillerini tesbit etmek,
- 2- Geçmişte görülmüş olan allerjileri ve toksisiteleri belirlemek,
- 3- İlaç etkileşimleri, doz hataları gibi ilaç uygulamasıyla ilgili problemleri tesbit etmek,
- 4- İlaçların kullanımıyla ilişkili davranışları ve tavırları belirlemek,
- 5- İlaçların tedavi edici yararlarını ve ilaçlara bağlı toksisiteleri belirlemektir.

#### **1.4.6. Kalp Yetmezliği Tedavisinde Digital Glikozitlerinin Yeri**

Sinüs ritminin mevcut olduğu konjestif kalp yetmezliğinde digitalin rolünün tartışmalı olmasına ve digitale alternatif olarak pek çok ilacın bulunmasına rağmen digital glikozidleri 1785 yılında Witherin'in ödemli hastalarda digital yapraklarının (yüksük otu) etkisine dikkâti çektiğinden beri, pozitif inotropik etkileri, atriyum ve atriöventriküler nodül üzerine antiaritmik etkileri nedeniyle gerek sinüs ritimli gerekse atrial fibrilasyonlu konjestif kalp yetmezliği ve bazı belirli ritm bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (8,19,21,23,32,33).

Digital glikozidleri, New York Kalp Derneğinin sınıflamasına göre ikinci grupta olan hastalarda tedaviye ilk eklenen ilaçlardan biridir. Emniyet sınırının dar olması ve ölümcül aritmilere yol açabilmesinden ötürü son zamanlarda klinikte kullanılma endikasyonları yeniden gözden geçirilmekte ve bu konuda çeşitli raporlar yayınlanmaktadır. Bunun yanı sıra, özellikle atrial fibrilasyonda olmak üzere kalp hızını azaltıcı etkisi nedeniyle kalpte enerji tasarrufuna katkısı olduğundan dolayı digital gli-



kozidlerinin kalp yetmezliği tedavisindeki yerini tartışan araştırmacılar bile glikozidlerin atrial fibrilasyonda olan hastalara verilmesi gerektiğini kabul etmektedir (33).

Hollanda'da yapılan bir çalışmada, toplam nüfusun yaklaşık %2'sinin düzenli ve gerekli olarak digital kullandığı saptanmıştır. Ülkemizde ise yaklaşık 1 milyon insan digital kullanmaktadır. Ancak ülkemizde bu ilaçların sık olarak gereksiz kullanıldıkları da bir gerçektir (2). Bugün için ülkemizde digital kullanan insan sayısının ne kadar olduğuna dair bir bilgi bulunmamaktadır. Ancak bugün digital kullanan insan sayısının 1 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir.

Digitalle profilaktik bir tedavi mümkün değildir. Digatale karşı rezistans nadirdir, alışkanlık da söz konusu değildir. Digital toksikasyon tedavisi gören bir hastaya tekrar digital verilmesi zorunluluğu olabilir. Bu takdirde, ufak dozlarda bile toksikasyon belirtileri yeniden ortaya çıkar. Bunları önlemek için tekrarlanan digital tedavisiyle birlikte prokainamid, kinidin ve difenilhidantoin verilirse bu tip belirtiler görülmeyecektir (10).

Digital tedavisi esnasında hastaların ayrıca bir kalsiyum tedavisi görmemeleri gerekir. Çünkü kalsiyum ( $Ca^{++}$ ), digitalin etkisini arttırır. Eğer hasta kalsiyum tedavisi görmekte ise ve aynı zamanda digital verilmesi gerekirse, ilk verilecek doz mutlaka çok düşük olmalıdır (10).

Digital glikozidlerinin terapötik değeri ile ilgili en önemli tek özelliği, miyokardın oksijen tüketimini önemli ölçüde fazlalaştırmaması veya duruma göre azaltabilmesidir (23, 32, 33).

Digital glikozidleri, konjestif kalp yetmezliğinde şu olaylara neden olmaktadır (1,2,5,7,8,19,23,32,33):

1- Kalp atım hacmini ve debisini arttırır.

2- Kalbin tonüsünü arttırır ve yetmezlik halinde büyümüş olan kalbin diyastolik hacmini azaltır.

3- Sistol sonunda ventrikül içinde kalan rezidüel kan hacmini ve diyastol basıncını azaltır. Yükselmiş olan santral ve periferik venöz basıncı ve akciğer ven basıncını azaltır. Sonuçta kapiller hidrostatik basınç azalacağı için ödemi ortadan kaldırır.

4- Miyokardın azalmış kontraksiyon hızını arttırırlar. Bu etkisini, hücre membranındaki Sodyum - Potasyum ATP'ase ( $\text{Na}^+$  -  $\text{K}^+$  ATP' ase) enzimini inhibe ederek gerçekleştirir. Bu enzimin inhibe edilmesi sodyum'un ( $\text{Na}^+$ ) hücre dışına aktif transportunu engelleyerek hücre içinde  $\text{Na}^+$  konsantrasyonunun artmasına, bunun sonucunda da  $\text{Ca}^{++}$ 'un hücre içine girişinin artmasına, hücre dışına çıkışının azalmasına yol açar. Hücre içinde artan  $\text{Ca}^{++}$  ise troponine bağlanıp, bu proteinin aktini bloke edici etkisini ortadan kaldırır ve aktin - myozin birleşmesine olanak sağlanmış olur. Ayrıca atriyo-ventriküler nodülde iletiyi yavaşlatarak ve AV nodülün refrakter periyodunu uzatarak kalp hızını yavaşlatır. (Kronotrop etki). Digitale bağlı olarak ileti hızının yavaşlaması ve refrakter periyodun uzaması reentry olayına zemin hazırlayarak ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon gelişmesine yol açabilir.

5- Digitalin etkisine bağlı artan kalp debisine paralel olarak böbrek kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı artar, diürez meydana gelir.

Digitale cevabı ve toleransı etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir (2,9,19,23,24,29,32):

- Hastanın yaşı : Digital intoksikasyon insidansı, yaşlı kişilerde kalp hastalıklarının artan insidansı ile orantılı olarak artar. Bu, muhtemelen kas kütlesinin ve böbrek fonksiyonlarının azalması nedeniyle. Kas kütlesinin azalması, digitalin dağılım volümünde azalmaya neden olur, kalp kası digitali fazla kullanır.

- Vücut ağırlığı : Digitalin dozu ayarlanırken total ağırlıktan ziyade kas kitlesine önem verilmelidir.

- Absorbsiyon değişiklikleri : Digital, pasif olarak en çok ince barsaktan, daha az olarak da mide ve kolondan absorbe olur. Gastrointestinal sistem motilitesinin arttığı hallerde absorbsiyon azalır, motilitenin azaldığı hallerde de mukozayla temas uzun süreceğinden absorbsiyon artar. Hastalar antiasit aldıktan sonra iki saat içinde digital almamalıdır.

- Böbrek fonksiyonlarında azalma : Böbrekler tek başlarına digitalin 1/3'ünün eliminasyonundan sorumlu oldukları için böbrek fonksiyonunun azalması, kullanımı önemli ölçüde sınırlandırır.

- Elektrolit bozuklukları : Hipokalemi, digital toleransını azaltır ve küçük dozlarda bile intoksikasyona neden olur. Bazı hastalarda kusma, diyare gibi nedenlerle akut potasyum ( $K^+$ ) kaybı görülür. Kronik potasyum ( $K^+$ ) kaybı diüretiklerle olabilir ve bu genellikle daha tehlikelidir. Digital tedavisi gören hastaya intravenöz (IV) glukoz infüzyonu yapılması hipokalemiye yol açabilir. Kalsiyum ( $Ca^{++}$ ) ve digitalin, miyokard kontraktilesine sinerjik etkileri vardır. Hiperkalsemik hastalarda, düşük doz digitalle bile intoksikasyon riski yüksektir. Hipokalsemili hastalar digital tedavisine dirençlidir ve normalden daha fazla doza ihtiyaç duyarlar. Hipomagnezemi, miyokardı digitale hassas hale getirir.

- Hipotiroidide ilacın yarı ömrü uzadığı için hassasiyet artar, intoksikasyon kolaylaşır. Hipertirodizimde ise yüksek dozlar tolere edilir. Hipo-hiperparatiroidi, addison, diabetik ketoasidoz, hiperaldosteronizm, Cushing sendromu da digital toleransını etkiler.

- Kronik pulmoner hastalıklar da digital intoleransına neden olur. Akut hipoksi, adrenerjik cevabı arttırır. Katekolamin artışı digital duyarlılığını arttırır. Digital, akut korpulmonalede nadiren yararlıdır.

- Digitale karşı antikor oluşması direnci arttırır. Ayrıca laksatifler, kolestimin, antibiyotikler, kaolin, pektin, barbitüratlar, antiasitler ve neomysin gibi ilaçlar emilimi engelleyerek kan digital düzeyini değiştirebilir.

Kardiyak glikozidler, vücut dokularında çoğunlukla dağılır. Kalp kasından sonra böbrekte yüksek konsantrasyonlarda bulunur. İskelet kasındaki digital konsantrasyonu kalp kasındakinden daha azdır. Fakat toplam vücut ağırlığının yaklaşık % 40'ını iskelet kası oluşturduğu için digital esas olarak bu dokulara dağılır (23, 28).

#### 1.4.7. Digital Toksisitesindeki Artış ve Nedenleri

Beller ve arkadaşları, zehirlenme tedavisinin hastanede yakın gözlem altında yapılmasına rağmen hastaların % 30-40'ının kaybedildiğini bildirmişlerdir. Son zamanlarda yapılan yayınlar, digital zehirlenme insidansının giderek arttığını göstermektedir. İstatistik bulguları, ülkemizde digital kullanan hastaların yaklaşık 200 bininin zehirlenme tehlikesi ile karşı karşıya bulunduğunu göstermektedir (2).

Digital zehirlenmesinde, son zamanlarda görülen artışın değişik nedenleri vardır. Bunları şöyle sıralayabiliriz (2):

1- Klinik tanıdaki zorluk, zehirlenme belirtilerinin iyi tanınmaması, kontrolsüz ve gereksiz yüksek dozda ilaç kullanılması,

2- Karaciğer, böbrek, tiroid hastalıkları, asidoz, iskemi, hipoksi ve miyokardit gibi hastalıklarla digital arasındaki ilişkilerin iyi bilinmemesi,

3- Hipopotasemi, hipomagnezemi, hiperkalsemi gibi elektrolit dengeşizlikleri,

4- Digitale direnç şartlarının ortadan kalkmasına rağmen ilaç dozlarında değişiklik yapılmaması,

5- Digitalin yapımı sırasında ortaya çıkan kusurlar (fabrikasyon hatası), ilacın tabletlere homojen dağılmaması, biyoaktivitede oluşan değişimler,

6- Hastanın bünyesi,

7- Digitalle birlikte kullanılan çeşitli ilaçlar arasındaki karşılıklı etkileşimlerdir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Kardiyoloji Servisinde 1 yıl içinde 33 digital intoksikasyonu tesbit edilmiştir. Bu hastaların 15'i erkek, 18'i kadın olup, 24'ü atherosklerotik kalp hastalığına bağlı konjestif kalp yetmezliği, 6'sı kapak hastalığı, 2'si Cor-pulmonale, 1'i konjenital kalp hastalığı nedeniyle digital kullanılmaktadır. Bu hastalardan 3'ünde ventriküler fibrilasyon gelişmiş ve resesütasyona yanıt alınamayarak hastalar kaybedilmiştir (19).

Hastayı digital toksisitesinden korumak için yalnızca hastanın apikal nabzını değerlendirmek yeterli değildir. Apikal nabzın yavaş ve düzensiz olması, eskiden toksisite işaretini düşündürüyordu. Ancak yeni araştırmalar, bu belirtinin toksisiteyi işaret etmede yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle de hasta eğer aritmi nedeniyle digital alıyorsa böyle durumda bir aritmi, ilaç toksisitesini değil, hastanın esas durumunu düşündürmelidir (9).

Digital alan bir hastayı toksisite açısından değerlendirebilmek için hemşire öncelikle kardiyak ve ekstrakardiyak toksisite belirtilerini bilmelidir (1,2,9,10,24).

1) Ekstrakardiyak belirtiler şunlardır :

- Gastrointestinal belirtiler: Tipik olarak hastaların çoğunda ilk önce iştahsızlık gelişir, bunu iki üç gün içinde buluntu ve kusma izler. Bu-

lantı ve kusma, medullanın kemoreseptörleri üzerine digitalin direkt etkisinin yanı sıra gastrik iritasyon nedeniyle oluşur. Gastrointestinal belirtiler çok genel oldukları ve başka durumlarda da ortaya çıktıkları için genellikle gözardı edilirler.

- Nörojenik belirtiler: Baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, nevrojenik ağrı, konfüzyon, depresyon, deliryum, psikoz ve epileptik nöbetlerdir. Bu belirtiler, digitalin tedavisi kesilince kaybolur. Sıklıkla da bu belirtilere özellikle yaşlı, hastanede yatan ve sakat hastalarda önem verilmez. Yanlışlıkla konfüze olmuş yada yaş dönümü sendromu olarak nitelendirilebilir.

- Görme ile ilgili belirtiler : Çift görme, sarı-yeşil görme ve diğer renklerin ayırd edilememesi, cisimler etrafında hale görülmesi toksikasyon belirtileri olabilir.

- Allerjik belirtiler : Vaskülit, trombositopeni gibi allerjik belirtiler nadir olarak görülebilir.

- Hormonal ve seksüel belirtiler : Jinekomasti oldukça sık görülen bir bulgudur. Bunun, digitalin östrojen metabolizmasında yaptığı bozukluğa bağlı olduğu düşünülmektedir.

2) Kardiyak belirtiler: Digital toksisitesinin daha ağır ve ileri döneminde her türlü ritm ve ileti bozukluğu ortaya çıkabilir. Daha önce nabız ritmi normal olan hastada bradikardi veya taşikardi görülmesi, irregüler ritmi olan hastada yeni bir regüler ritmin ortaya çıkması söz konusu olabilir. Atrial fibrilasyonlu hastalarda digital toksisitesinin en önemli bulgusu, regüler bir ritmin ortaya çıkmasıdır.

Digital toksikasyonunun tedavisinde ana ilkeler; digitalin ve potasyum ( $K^+$ ) kaybına neden olan diüretiklerin kesilmesi, elektrolit düzeylerinin kontrol edilip, anormallik varsa düzeltilmesi, ortaya çıkan aritmilere göre antiaritmik tedavi uygulanması, oral kolestiramin veya aktif

kömür verilerek ince barsaktan ilacın reabsorbsiyonunun önlenmesi ve antidot uygulanmasıdır. Total atriyoventriküler bloklarda geçici pacemaker, yaşamı tehdit eden aritmilerde ise kardiyoversiyon uygulanabilir. Son zamanlarda steroid bağlayıcı reçineler ve digitale karşı geliştirilen antikorlar da tedavide kullanılmaktadır (2,19,23,24,32).

Yaygın olarak kullanılan digital türleri ve özellikleri şunlardır (4,7,8,17,23):

Konjestif kalp yetmezliği ve bazı ventriküler ritm bozukluğunun tedavisinde digital ürünlerinden en yaygın kullanılanı Digoxin ve Digitoksin'dir. Bu iki ilaç arasında nitel olmaktan çok nicel fark vardır. Digitoksin, Digoxine nazaran daha seyrek kullanılır. Ancak böbrek yetersizliği olan hastalarda tercih edilir. Bununla birlikte Digoxinin Digitoksin'e göre iki sakıncası vardır.

1- Digoxin'in mide-barsak kanalından absorpsiyonu Digitoksin'e nazaran daha az oranda olur.

2- Digoxin kullanan yaşlı hastaların sıklıkla yaptıkları gibi hasta ilaç almayı birkaç gün peşpeşe unutursa plazmadaki Digoxin düzeyi önemli ölçüde azalır. Oysa aynı durum Digitoksin tedavisi sırasında olursa plazma Digitoksin düzeyinde önemli bir düşüş görülmez (4,7,8,17,23).

Digoxin, uygun dozda kanın sıvılaşmasını ve kalpteki verimi artırır. Digoxinin tehlikesi, tedavi edici düzey ile toksik düzey arasındaki sınırın dar olmasıdır. Digoxin fazlalığı, özellikle de daha önceden ventriküler ritm bozukluğu varsa hızlı bir şekilde öldürücü olabilir (31,33).

Digoxinin mekanizması hücre içinde olduğundan, serumdaki seviyesi dolaylı olarak ölçülebilir. Birçok araştırmacı, Digoxin seviyesini ölçmek için intravenöz (IV) dozundan sonra altı saat, oral dozdan sonra on saat beklenmesi gerektiğini önermektedir (7,23,31).



Kinidin uygulanmaya başlandıktan 24 saat sonra plazmada Digoxin düzeyi yükselmeye başlar ve bu yükselme dört gün içinde maximuma ulaşır. Bu etkileşimin, Kinidinin Digoxini iskelet kaslarındaki bağlanma yerlerinden kısmen ayırarak serbest hale getirmesine bağlı olduğu sanılmaktadır. Diğer bir etkisi de Digoxinin böbreklerden itrahını azaltır (23, 24).

Aspirinin serum Digoxin düzeyini hangi mekanizma ile yükselttiği bilinmemektedir. Digoxin ile birlikte Aspirin alan hastaların dikkatle izlenmeleri, hastaların bu konuda aydınlatılarak uyarılmaları gerekir (2).

Digoxini etkisi kısa sürede başlar. Yarılanma ömrü 1,5 gündür. % 75-85'i absorbe edilir. Magnezyum ve alüminyum bileşikleri gibi antiasidler, fazla selülozlu bitkisel besinler oral alınan Digoxinin absorpsiyonunu azaltırlar. Yalnızca böbrekler vasıtasıyla itrah edildiğinden böbrek fonksiyon bozukluğu olanlara verilirken dikkat edilmelidir. Oral yoldan etkisi 1-2 saat içinde başlar, en yüksek etkiye 6 saatte ulaşır. İntravenöz etki 5-10 dakikada başlar, en yüksek seviyeye 30 dk. da ulaşır (4,7,23).

Digoxinin intramüsküler emilimi, çizgili kas dokusuna bağlanması nedeniyle oral yola nazaran daha yavaş ve düzensizdir. Bu nedenle intramüsküler kullanımı önerilmez. Parenteral uygulaması intravenöz yoldan yapılmalıdır (23).

Digoxin, yükleme dozu uygulamaksızın da vücutta birikebilir ve 5 ila 7 gün içerisinde belirli bir kan konsantrasyon düzeyine ulaşır. Digoxinin tedavi edici kan düzeyi 1-2 nanogram/ml'dir (ng/ml). Toksik kan düzeyinin ise muhtemelen 3 ng/ml'nin üzerinde olduğu düşünülmektedir (8).

Digoxin asidik solüsyonlarda yıkılır. Mide içi Ph'ı 2'nin altında ise özellikle midenin açlık zamanı uzamışsa Digoxin hızlı bir şekilde hidrolize olur. Bazı hastalarda Digoxinin büyük bir kısmının barsaklarda hidrolize olması tedaviye ve yüksek Digoxine dayanıklılığa neden olur (28).



## **BÖLÜM II**

### **2. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **2.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Bu araştırma, digital kullanan kalp hastalarının ilaç ve kullanımına ilişkin bilgilerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### **2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ**

Bu araştırma Konya ili Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yürütülmüştür.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1982 yılında kurulmuş olup 550 yatak kapasitesi vardır. Hastanede 53 sağlık meslek lisesi mezunu ve 106 yüksekokul mezunu olmak üzere toplam 159 hemşire görev yapmaktadır. Önceleri dahiliye kliniği bünyesinde hizmete başlayan kardiyoloji kliniği 1992 yılında dahiliye kliniğinden ayrılmıştır. Kardiyoloji kliniğinde 4 yüksekokul mezunu hemşire, 3 sağlık meslek lisesi mezunu hemşire, 16 doktor ve 5 hizmetli çalışmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde 8 yatak, kadın odasında 7 yatak, erkek odasında 6 yatak ve özel odada 1 yatak olmak üzere toplam 22 yatağı mevcuttur.

#### **2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisinde 1 Aralık 1994 - 30 Eylül 1995 tarihleri arasında yatan digital kullanan kalp hastaları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

#### **2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmaya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan en az bir ay ve daha fazla

süredir digital kullanmakta olan yetişkin kadın ve erkek 100 kalp hastası, hastalık türü, eğitim düzeyi ve kontrole gidip gitmeme durumları ayırd edilmeksizin örnekleme alınmıştır. İlacı ilk kez hastaneye yattığı andan itibaren kullanmaya başlayan ve iletişim kurulamayan hastalar örnekleme alınmamıştır. Araştırma örneklemin seçiminde olasılıksız örnek seçim tekniği kullanılmıştır (41).

## **2.5. VERİ TOPLAMA**

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır.

### **2.5.1. Anket Formunun Hazırlanması**

Veri toplamada kullanılan anket formu, literatür bilgilerinin ışığı altında hazırlanan toplam 28 soruyu içeren iki bölümden oluşmaktadır. Sekiz sorudan oluşan birinci bölümde hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medenî durum, aile yapısı, sigara ve alkol alışkanlığına ilişkin tanıtıcı sorular bulunmaktadır. Yirmi soruluk ikinci bölümde hastaların hastalıkları ve digital ilacına yönelik verilerin toplanmasını içeren sorulara yer verilmiştir (EK 1). Soru kağıdının ön denemesi Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yatan ve digital kullanan 10 hastaya uygulandıktan sonra hazırlanan anketin yüzeyel geçerliliği için bu konuda uzman üç hemşirenin görüşü alınıp gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir.

### **2.5.2. Anket Formunun Uygulanması**

Araştırma kapsamına alınan hastalara, araştırmacı tarafından anket formunun ne amaçla uygulandığı açıklandıktan sonra 15-30 dakika sürelerle tek tek görüşülerek soruları yanıtlamaları istenmiştir. Görüşmeyi olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülen çevresel ve fiziksel durumların varlığında görüşme daha uygun şartlar sağlanıncaya kadar ertelenmiştir. İlacı hastaneye yattığı andan itibaren kullanmaya başlayan ve iletişim sorunu olan hastalara anket formu uygulanmamıştır.

## 2.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından teker teker veri kodlama formlarına kodlandıktan sonra anket formlarından elde edilen tüm veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca digital ilacı ve kullanımına ilişkin bilgi düzeyi bağımlı değişkenini etkileyeceği düşünülen yaş, cins, eğitim durumu, meslek, medeni durum, aile yapısı gibi bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Ki kare ( $X^2$ ) önemlilik testi ile analiz edilmiştir (22).

Anket formundaki açık uçlu sorulara verilen yanıtlar (9., 10., 17., 19., 23., 24., 27.) araştırmacı tarafından elde tek tek incelenip değerlendirme kolaylığı bakımından uygun bir şekilde gruplandırılarak seçenekler oluşturulmuştur. Açık uçlu bilgi sorularının değerlendirilmesi, her soruya ilişkin önceden saptanan doğru yada beklendik yanıtlara göre yapılmıştır. Bu değerlendirmede hastalar beklenen veya doğru yanıtın % 50 ve yukarısına doğru yanıt verdiğinde "biliyor", % 50'nin altında ve alâkasız yada ters yanıt verdiğinde ise "bilmiyor" olarak değerlendirilmiştir. Hastaların açık uçlu bilgi sorularına verdikleri yanıtları ifade ediş şekilleri değerlendirilirken eğitim düzeyleri dikkate alınmıştır.

## BÖLÜM III

### 3.1. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular ve bu bulguların istatistiksel değerlendirilmesi verilmiştir.

**Tablo 1 : Deneklere İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=100).**

<u>Özellikler</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
<u>Yaş</u>		
20-29	6	6.0
30-39	5	5.0
40-49	24	24.0
50-59	16	16.0
60-69	37	37.0
70 ve ↑	12	12.0
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	54	54.0
Erkek	46	46.0
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur - yazar	13	13.0
İlkokul	38	38.0
Ortaokul	5	5.0
Lise	6	6.0
Yüksekokul	4	4.0
Okur-yazar değil	34	34.0
<u>Meslek Grupları</u>		
İşsiz	2	2.0
Ev Kadını	52	52.0
Emekli	9	9.0
Memur	4	4.0
İşçi	5	5.0
Serbest	28	28.0
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	92	92.0
Bekar	-	-
Dul	8	8.0
<u>Aile Yapısı</u>		
Yalnız	5	5.0
Eşiyle	22	22.0
Eşi ve Çocukları	64	64.0
Diğer	9	9.0
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tablo 1'de örnekleme alınan deneklere ilişkin demografik özellikler verilmiştir. Hastaların %37'si 60-69 yaş grubunda toplanmıştır. Genç yaş grubunda (20-29 ve 30-39 yaş grubu) hasta sayısının az oluşu dikkat çekicidir. Deneklerin cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında hastaların % 54'ünü kadınlar, % 46'sını erkekler oluşturmaktadır. Deneklerin % 34'ünün okur-yazar olmadığı, % 13'ünün okur-yazar olduğu, % 38'inin ilkokul mezunu olduğu, çok azının ise ortaokul, lise ve yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. Deneklerin % 52'sini ev kadınları, %28'ini serbest meslek sahipleri, %2'sini işsizler, %18'ini ise işçi, emekli ve memurlar oluşturmaktadır. Evli olanların oranı %92'dir. Deneklerin %64'ü eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta, %5'i ise yalnız yaşamaktadır.

Tablo 2: Deneklerin Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.

	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Sigara Alışkanlığı</u>				
İçen	2	3.72	3	6.53
İçmeyen	52	96.28	43	93.47
<u>Alkol Alışkanlığı</u>				
İçen	-	-	1	2.19
İçmeyen	-	-	45	97.81
<b>TOPLAM</b>			<b>100</b>	<b>100.0</b>

Tablo 2'de hastaların alışkanlıkları incelenmiştir. Sigara kullanmayan kadınların oranı %96.28, halen sigara kullanan kadınların oranı % 3.72'dir. Erkeklerde ise sigara kullanmayanların oranı % 93.47, halen sigara kullanmakta olanların oranı % 6.53'tür. Deneklerin alkol kullanma durumlarına bakıldığında, erkeklerin % 97.81'i alkol kullanmamakta, kadınların ise tamamı alkol kullanmamaktadır.

**Tablo 3 : Deneklerin Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.**

Özellikler	Sayı	Yüzde
<u>Hastalık Adları</u>		
Kapak Hastalığı	36	36.0
Kalp Yetmezliği	31	31.0
Atherosklerotik Kalp Hastalığı	10	10.0
Romatizmal Kalp Hastalığı	3	3.0
Bilmiyorum	20	20.0
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tablo 3'de digital kullanan kalp hastalarının hastalıklarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı görülmektedir. Deneklerin %80 gibi büyük çoğunluğu hastalığının ne olduğunu bilmektedir. Hastalıkların adları dosyalarından da kontrol edilmiştir.

Özellikler	Sayı	Yüzde
<u>Hastalık Süreleri</u>		
1 yılın ↓	6	6.0
1-5 yıl	35	35.0
6-10 yıl	22	22.0
10 yılın ↑	37	37.0
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Deneklerin hastalık sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %6'sının bir yıldan daha az bir süredir, % 94'ünün ise bir yıl ve daha uzun süredir kalp hastalığından şikayetçi oldukları görülmektedir.

<u>Kontrolle Gitme Durumları</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Gitmiyorum	10	10.0
Önerilen Sürelerde Gidiyorum	40	40.0
Şikayetim Olunca Gidiyorum	49	49.0
Kontrolle Gitmem Söylenmedi	1	1.0
TOPLAM	100	100

Deneklerin kontrole gitme durumlarına bakıldığında, hastaların %40'ı bu konuda gereken titizliği göstermekte, % 49'u her hangi bir kalp şikayeti olduğunda gitmekte, % 11'i ise hiç kontrole gitmemektedir.

<u>Tedavi Konusunda Bilgilendirilme</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Evet	32	32.0
Hayır	68	68
<u>Bilgiyi Kim Verdi</u>		
Doktor	32	32.0
Hemşire	-	-
TOPLAM	100	100

Deneklerin % 32'sine kalp hastalığının tedavisine ilişkin bilginin doktor tarafından verildiği, % 68'inin ise bilgilendirilmediği görülmektedir.

<u>Digitalin Dışında İlaç Kullanma</u>		
<u>Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Evet	97	97.0
Hayır	3	3.0
TOPLAM	100	100

Deneklerin digital dışında ilaç kullanma durumuna göre dağılımda %97'si digitalle etkileşebilen başka ilaçlar kullanmaktadır.

<u>Kalp Hastalığı Dışında Başka Hastalıkların Olma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Evet	58	58.0
Hayır	42	42.0
TOPLAM	100	100.0

Deneklerin % 58'inin kalp hastalığı dışında digitalin etkisi üzerinde rol oynayabilecek hastalıklarının var olduğu görülmektedir. Deneklerin digitalin dışında ilaç kullanma ve kalp hastalığı dışında başka hastalıklarının olup olmadığı dosya bilgilerinden de doğrulanmıştır.

**Tablo 4 : Deneklerin Digitale İlişkin Bilgilerinin Dağılımı**

<u>Özellikler</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
<u>Kullanılan Digitalin Adı</u>		
Biliyor	59	59.0
Bilmiyor	41	41.0
TOPLAM	100	100

Deneklerin digitale ilişkin bilgilerinin dağılımı Tablo 4'de görülmektedir. Digital kullanan kalp hastalarının %59'u ilacının adını bilmekte, Digoksin yanıtını vermekte, %41'i ise ilacın adını bilmemekte, ilacın kutusundan ve şeklinden tanımaktadır.

<u>Digitalin Etkisi Nedir</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	22	22.0
Bilmiyor	78	78.0
TOPLAM	100	100

Deneklerin yalnızca %22'si ilacın kalb üzerine ne şekilde etkili olduğunu, hangi amaçla bu ilacın kendilerine verildiğini bilmekte, % 78'i ilacın etkisinin ne olduğu konusunda hiçbir yanıt verememekte, doktor verdiği için kullandığını ifade etmektedir.



İlaç Dozu Unutulduğunda

<u>Tedavi Ne Şekilde Etkilenir?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	15	15.0
Bilmiyor	85	85.0
TOPLAM	100	100

Digital ilacının dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiği sorusuna verilen yanıtların dağılımına bakıldığında hastaların %15'i beklenen yanıtı vermiştir. Hastaların %85'i ise doğru yanıtı bilmemektedir.

<u>İlacın Yan Etkileri Nedir?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	-	-
Bilmiyor	100	100.0
TOPLAM	100	100

Deneklere ilacın yan etkileri sorulduğunda, tamamının ilacın ne gibi yan etkileri olduğunu bilmedikleri görülmektedir.

<u>İlaç Fazla Alındığında Ne Olabilir?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	13	13.0
Bilmiyor	87	87.0
TOPLAM	100	100

İlaç önerilen dozun üzerinde alındığında ne gibi olumsuzluklara neden olabileceği sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde hastaların %87'sinin bu konuda hiç bilgisinin olmadığı, %13'ünün zehirlenmeye neden olabilir ve kalp dışı bazı yan etkiler yapabilir şeklinde beklenen cevabı verdiği görülmektedir.

<u>Digital Zehirlenmesini Kolaylaştıran</u>		
<u>Hastalıklar Neler Olabilir?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	4	4.0
Bilmiyor	96	96.0
TOPLAM	100	100

Deneklerin digital zehirlenmesinin ortaya çıkmasını kolaylaştıran hastalıkların neler olduğu sorusuna verdikleri yanıtların dağılımlarına bakıldığında hastaların % 96'sı bilmediklerini ifade etmişlerdir. Deneklerin %4'ü ise böbrek yetmezliği ve karaciğer hastalıklarının kolaylaştırdığı yanıtını vermiştir.

<u>Digital Zehirlenmesini Kolaylaştıran</u>		
<u>İlaçları Biliyor musunuz?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	-	-
Bilmiyor	100	100.0
TOPLAM	100	100

Deneklerin tamamı digital intoksikasyonunun ortaya çıkmasını kolaylaştıran ilaçların hangileri olduğunu bilmemektedir.

<u>Digitalin Etkisi Alındıktan Ne Kadar</u>		
<u>Süre Sonra Başlar?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	23	23.0
Bilmiyor	77	77.0
TOPLAM	100	100

Deneklerin %23'ü digital ilacının etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilmektedir. % 77'si ilacın etkisinin başlama süresini bilmemektedir.

Digital İlacı Vücuttan Ne Yolla

<u>Atılmaktadır</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Biliyor	23	23.0
Bilmiyor	77	77.0
TOPLAM	100	100

Hastaların kullanmakta oldukları digital ilacının vücuttan ne şekilde atıldığını bilip bilmeme durumlarına bakıldığında hastaların % 23'ü bu soruya doğru yanıt vermiştir. %77'si ilacın atılım yolunu bilmemektedir.

Digital İlacı Almadan Önce Nabzınızı

<u>Sayar mısınız?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Evet	4	4.0
Hayır	96	96.0
TOPLAM	100	100

Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 96'sı digital ilacını almadan önce nabzını sayıyor musunuz sorusuna olumsuz yanıt vermiştir. % 4'ü nabızlarını saydıklarını ve nabız sayıları 60-110 sınırındayken ilaçlarını aldıklarını ifade etmiştir.

Kan Digital Seviyesini

<u>Ölçütürüyor musunuz?</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Evet	6	6.0
Hayır	94	94.0
TOPLAM	100	100

Digital kullanan hastaların % 94'ü kan digital düzeyinin ölçülmesi gerektiğini bilmedikleri için ölçtürmediklerini ifade etmektedir. %6'sının doktor istediği için kan digital düzeyini ölçtükleri saptanmıştır.

**Tablo 5 :** Deneklerin Yaş Gruplarının İlacın Adını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Yaş Grupları	<b>İLACIN ADINI BİLME DURUMLARI</b>					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20-29	6	85.71	1	14.29	7	100.0
30-39	4	80.00	1	20.00	5	100.0
40-49	19	79.16	5	20.84	24	100.0
50-59	7	43.75	9	56.25	16	100.0
60-69	16	44.44	20	55.56	36	100.0
70 ve ↑	7	58.33	5	41.67	12	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>59</b>	<b>59.00</b>	<b>41</b>	<b>41.00</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>
$X_1^2 = 11.71$	SD : 5		P<0.05			
$X_1^2 = 6.206$	SD : 4		P>0.05			

Tablo 5'de, digital kullanan hastaların yaş gruplarının ilacın adını bilme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirilmenin birinci aşamasında ilacın adını bilme bakımından yaş grupları arasında farkın olduğu görülmüştür ( $X^2 = 11.71$ , SD: 5, P<0.05). İkinci aşamada, farkı yaratan 40-49 yaş grubundaki hastalar çıkarıldıktan sonra ilacın adını bilme durumuna etkisi yönünden diğer yaş grupları arasında istatistiksel anlamda fark bulunamamıştır ( $X^2 = 6.206$ , SD: 4, P>0.05).

**Tablo 6 :** Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Adını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyleri	İLACIN ADINI BİLME DURUMLARI					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim						
Görmeyenler	20	42.55	27	57.45	47	100.0
İlköğrenim						
Görenler	25	65.78	13	34.22	38	100.0
Orta ve Yüksek						
Öğr. Görenler	14	93.33	1	6.67	15	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>59</b>	<b>59.00</b>	<b>41</b>	<b>41.00</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

$$X_1^2 = 11.71$$

$$SD : 5$$

$$P < 0.05$$

$$X_1^2 = 6.206$$

$$SD : 4$$

$$P > 0.05$$

Deneklerin eğitim düzeylerinin ilacın adını bilmeleri üzerine etkisi Tablo 6'da incelenmiştir. Deneklerin eğitim düzeyleri Tablo 6'da görüldüğü gibi öğrenim görmeyenler, ilköğrenim görenler, orta ve yüksek öğrenim görenler olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Eğitim düzeylerine göre ilaç adını bilme arasında istatistiksel olarak fark olduğu bulunmuştur ( $X^2 = 13.29$  SD: 2  $P < 0.05$ ). İstatistiksel değerlendirmenin ilk aşamasında bu üç eğitim düzeyinin bilme durumu üzerine etkisi karşılaştırılmış, orta ve yüksek öğrenim gören hastaların hiç öğrenim görmeyen ve ilköğrenim gören hastalara oranla ilaç adını daha fazla bildiği görülmüştür. Yapılan ileri analizde ilköğrenim gören hastalarında ilköğrenim görmeyen hastalara oranla daha fazla bildikleri görülmüştür ( $X^2 = 4.554$  SD: 1  $P < 0.05$ ).

**Tablo 7.** Deneklerin Yaş Gruplarının İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Yaş Grupları	İLACIN ETKİSİNİ BİLME DURUMLARI					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20-49	5	14.28	30	85.72	35	100.0
50-79	17	26.15	48	78.0	65	100.0
TOPLAM	22	22.00	78	78.0	100	100.0
$X^2 = 4.754$		SD : 1		P>0.05		

Tablo 7'de digital kullanan hastaların yaş gruplarının ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Her yaş grubunda ilacın etkisinin ne olduğunu bilenlerin sayısının önemsiz çıkması nedeniyle yaş grupları iki grup olarak birleştirilmiştir. 20-49 yaş grubundaki 35 hastanın %14.28'i, 50-79 yaş grubundaki 65 hastanın %26.15'i ilacın etkisinin ne olduğu sorusuna çarpıntıyı azalttığı, kalb ritmini düzenlediği, kalbin kan pompolamasını artırıp kan damarlarını genişlettiği, kalbi takviye ettiği ve dinlendirdiği şeklinde beklenen cevabı vermiştir. Her iki yaş grubundaki hastaların çoğunluğunda ise bu soruya hiç yanıt vermedikleri görülmektedir. İlacın etkisinin ne olduğunu bilenlerin yaş gruplarına göre dağılımları istatistiksel olarak incelendiğinde ilacın etkisini bilme bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 4.754$  SD: 1 P>0.05).

**Tablo 8 :** Deneklerin Cinsiyetlerinin İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Cinsiyet	İLACIN ETKİSİNİ BİLME DURUMLARI					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	13	23.21	43	76.79	56	100.0
Erkek	9	20.45	35	79.55	44	100.0
TOPLAM	22	22.00	78	78.00	100	100.0

$$X^2 = 0.1094$$

SD : 1

P>0.05

Tablo 8'de digital kullanan hastaların cinsiyetlerinin ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumlarına göre dağılımı incelenmektedir. İstatistiksel değerlendirmede, ilacın etkisini bilme ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 0.1094$  SD:1 p>0.05).

**Tablo 9 :** Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyleri	İLACIN ETKİSİNİ BİLME DURUMLARI					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim						
Görmeyenler	8	17.02	39	82.98	47	100.0
İlköğrenim						
Görenler	8	21.05	30	78.95	38	100.0
Orta ve Yüksek						
Öğr. Görenler	6	40.0	9	60.0	15	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>22</b>	<b>22.00</b>	<b>78</b>	<b>78.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

$$X^2 = 3.531$$

$$SD : 2$$

$$P > 0.05$$

Tablo 9'da, digital kullanan kalp hastalarının eğitim düzeylerine göre ilacın etkisini bilme durumları incelenmektedir. Yapılan istatistiksel analizde, eğitim düzeyleri ile ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $X^2 = 3.531$  SD: 2  $p > 0.05$ ).



**Tablo 10 : Deneklerin Hastalık Sürelerinin İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.**

Hastalık Süreleri	İLACIN ETKİSİNİ BİLME DURUMLARI					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 yılın ↓	-	-	6	100.0	6	100.0
1-5 yıl	8	22.85	27	77.15	35	100.0
6-10 yıl	6	27.27	16	72.73	22	100.0
10 yılın ↑	8	21.62	29	78.38	37	100.0
TOPLAM	22	22.0	78	78.0	100	100.0

$$X^2 = 2.067$$

$$SD : 3$$

$$P > 0.05$$

Tablo 10'da digital kullanan hastaların hastalık sürelerinin ilacın etkisinin ne olduğunu bilmelerine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde deneklerin hastalık süreleri ile ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 2.067$  SD: 3  $P > 0.05$ ).

**Tablo 11 : Deneklerin Tedaviye İlişkin Bilgilendirme Durumlarının İlacın Etkisinin Ne Olduğunu Bilmelerine Göre Dağılımı**

<b>Tedavi Hakkında İLACIN ETKİSİNİ BİLME DURUMLARI</b>						
<b>Bilgilendirilme</b>	<b>Biliyor</b>		<b>Bilmiyor</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	10	31.25	22	68.75	32	100.0
Hayır	12	17.64	56	82.36	68	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>22</b>	<b>22.0</b>	<b>78</b>	<b>78.2</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>
$X^2 = 2.906$ SD :1 P>0.05						

Digital kullanılan hastaların tedaviye ilişkin bilgilendirilme durumlarının ilacın etkisinin ne olduğunu bilmelerine göre dağılımına bakıldığında, tedavi hakkında bilgilendirilen hastaların % 31.25'i, bilgilendirilmeyen hastaların % 17.64'ü ilacın etkisini bilmektedir. İstatistiksel açıdan bakıldığında tedavi hakkında bilgilendirilme durumu ile ilacın etkisini bilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 11) ( $x^2=2.906$  SD: 1 P>0.05).

**Tablo 12 : Deneklerin Cinsiyetlerinin İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.**

Cinsiyet	İLAÇ DOZU UNUTULURSA TEDAVİ NE-ŞEKİLDE ETKİLENİR					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	9	16.66	45	83.34	54	100.0
Erkek	6	13.04	40	86.96	46	100.0
TOPLAM	15	15.0	85	85.0	100	100.0

$$X^2 = 0.2558$$

$$SD : 1$$

$$P > 0.05$$

Tablo 12'de digital kullanan hastaların cinsiyetlerine göre digital ilacını almayı unuttuklarında tedavilerinin nasıl etkileneceğini bilme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde kadınlarla erkekler arasında doğru yanıt verme açısından istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ( $X^2 = 0.2558$  SD: 1  $P > 0.05$ ). Kadınların % 83.34'ü, erkeklerin % 86.96'sı ilaç dozu unutulduğunda tedavinin etkilenme şeklini bilmemektedir.

**Tablo 13 :** Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyleri	İLAÇ DOZU UNUTULURSA TEDAVİ NE ŞEKİLDE ETKİLENİR					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim						
Görmeyenler	3	6.38	44	93.62	47	100.0
İlköğrenim						
Görenler	8	21.05	30	78.95	38	100.0
Orta ve Yüksek						
Öğr. Görenler	4	26.66	11	73.34	15	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>15</b>	<b>15.00</b>	<b>85</b>	<b>85.00</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

$$X^2 = 5.430$$

$$SD : 2$$

$$P > 0.05$$

Tablo 13'de deneklerin eğitimi düzeylerine göre digital ilacının dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiği sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları görülmektedir. Öğrenim görmeyen 47 hastanın %6.38'i, ilköğrenim gören 38 hastanın %21.05'i, orta ve yükseköğrenim gören 15 hastanın ise % 26.66'sı doğru yanıt vermiştir. Tedavinin nasıl etkilendiğini bilme durumları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\bar{X}^2 = 5.430$  SD: 2 P>0.05).

**Tablo 14 :** Deneklerin Meslek Gruplarının İlaç Dozunu Unuttuklarında Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Meslek Grupları	İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavi Ne Şekilde Etkilenir?					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşsiz	-	-	2	100.0	2	100.0
Ev Kadını	9	17.30	43	82.7	52	100.0
Emekli	2	22.22	7	77.78	9	100.0
Memur	1	25.0	3	75.0	4	100.0
İşçi	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Serbest Meslek	2	7.14	26	92.86	28	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>15</b>	<b>15.0</b>	<b>85</b>	<b>85.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Digital kullanan hastaların meslek gruplarının ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğine verdikleri yanıtlara göre dağılımları Tablo 14'de görülmektedir. Tüm meslek gruplarında bilme oranının düşük olması dikkat çekmektedir.

**Tablo 15 :** Deneklerin Hastalık Sürelerinin İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Hastalık Süreleri	İLAÇ DOZU UNUTULURSA TEDAVİ NE ŞEKİLDE ETKİLENİR					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
5 yıl ve ↓	6	14.63	35	85.37	41	100.0
6 yıl ve ↑	9	15.25	50	84.75	59	100.0
TOPLAM	15	15.0	85	85.0	100	100.0

$$X^2 = 1.424$$

$$SD : 1$$

$$P > 0.05$$

Tablo 15'de digital alan kalp hastalarının hastalık sürelerinin ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğini bilme durumlarına göre dağılımı incelenmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda 5 yıl ve daha az süredir kalp hastalıklarından dolayı ilaç kullananlar ile 6 yıl ve daha fazla süredir kalp hastalığı olanlar arasında ilaç dozu unutulduğunda tedavinin etkilenme durumunu bilme bakımından anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $X^2 = 1.424$  SD:3  $P > 0.05$ ). Her iki hastalık süresinde de hastaların ilacın dozunu unutup eksik alındığında tedavinin ne şekilde etkilendiğine ilişkin bilgi düzeyleri olması gerekenin çok altındadır.

**Tablo 16 :** Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirilmelerinin İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Ne Şekilde Etkilendiğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Tedavi Hakkında Bilgilendirilme	İlaç Dozu Unutulduğunda Tedavinin Etkilenme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	8	25.0	24	75.0	32	100.0
Hayır	7	10.29	61	89.71	68	100.0
TOPLAM	15	15.0	85	85.0	100	100.0

$$X^2 = 6.658$$

$$SD : 1$$

$$P < 0.05$$

Tablo 16'da digital kullanan kalp hastalarının tedavi hakkında bilgilendirilmelerinin ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğini bilme durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Tedavisine ilişkin bilgi verilen hastaların % 25'i bu soruya yanıt verebilmektedir. Bilgilendirilmeyen hastalardan ise sadece % 10.29'u digital ilacının dozu unutulup eksik alındığında tedavilerinin ne yönde etkileneceğini bilmektedirler. Tedavileri hakkında sağlık eğitimi verilen hastaların verilmeyenlere göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirme de bu sonucu desteklemektedir ( $X^2 = 6.658$  SD:1  $P > 0.05$ ).



**Tablo 17 : Deneklerin, Cinsiyetlerinin İlaç Önerilen Dozdan Fazla Alındığında Ne Olabileceğini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.**

Cinsiyet	İlaç Fazla Alındığında Ne Olduğunu Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	3	5.55	51	94.45	54	100.0
Erkek	10	21.73	36	78.27	46	100.0
TOPLAM	13	13.0	87	87.00	100	100.0

$$X^2 = 5.752$$

$$SD : 1$$

$$P < 0.05$$

Digital kullanan kalp hastalarının cinsiyetlerinin ilaç önerilen dozdan fazla alındığında ne gibi istenmeyen durumlara neden olabileceğine ilişkin bilgilerine göre dağılımı Tablo 17'de görülmektedir. Erkek hastaların %21.73'ü, kadın hastaların % 5.55'i bu soruya doğru yanıt vermiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kadın hastalarla erkek hastalar arasında ilaç fazla alındığında ne olduğunu bilme düzeyi bakımından farkın anlamlı olduğu ve erkek hastaların kadın hastalara oranla daha fazla bildiği görülmüştür ( $X^2 = 5.752$  SD: 1 P<0.05).

**Tablo 18 : Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlaç Önerilen Dozdan Fazla Alındığında Ne Olabileceğine İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı.**

Eğitim Düzeyleri	İlaç Fazla Alındığında Ne Olduğunu Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim Görmeyenler	3	6.38	44	93.62	47	100.0
İlköğrenim Görenler	5	13.15	33	86.85	38	100.0
Orta ve Yüksek Öğr. Görenler	5	33.33	10	66.67	15	100.0
TOPLAM	13	13.0	87	87.0	100	100.0
$X_1^2 = 7.304$	SD : 2		P<0.05			
$X_2^2 = 1.131$	SD : 1		P>0.05			

Tablo 18'de digital kullanan hastaların eğitim düzeylerine göre ilaç önerilen dozun üzerinde alındığında ne olabileceğine ilişkin bilgilerinin dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ilaç fazla alındığında ne olabileceğine ilişkin verilen yanıtlarla eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $X_1^2 = 7.304$  SD: 2 P<0.05). Orta ve yüksek öğrenim gören hastaların ilaç önerilenden fazla alınırca ne olabileceğine ilişkin bilgi düzeylerinin öğrenim görmeyen ve ilk öğrenim gören hastalara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan ileri analizde, öğrenim görmeyen hastalar ile ilköğrenim gören hastalar arasında bilgi düzeyi bakımından istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ( $X_2^2 = 1.131$  SD: 1 P>0.05). Bu durumda bilme yüzdesi en düşük olan grup öğrenim görmeyenlerdir. Diğerleri ise ilköğrenim görenlerdir. Orta ve yüksek öğrenim görenlerin bilgi yüzdesi ise en yüksektir.

**Tablo 19 :** Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirilmelerinin İlaç Önerilen Dozdan Fazla Alındığında Ne Olabileceğine İlişkin Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.

Tedavi Hakkında Bilgilendirilme	İlaç Fazla Alındığında Ne Olduğunu Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	8	25.0	24	75.0	32	100.0
Hayır	5	7.35	63	92.65	68	100.0
TOPLAM	13	13.0	87	87.0	100	100.0

$X_1^2 = 6.027$       SD : 2      P<0.05

Tablo 19'da, digital kullanan hastaların tedavi hakkında bilgilendirilmelerinin, ilaç önerilen dozdan fazla alındığında ne olabileceğine ilişkin verdikleri yanıtlarına göre dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, tedavi hakkında bilgilendirilen hastaların ilaç fazla dozda alındığında ne olabileceğini bilme düzeylerinin, bilgilendirilmeyen hastaların bilgi düzeylerine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $X^2 = 6.027$  SD: 1 P<0.05).

**Tablo 20 :** Deneklerin Yaş Gruplarının İlacın Etkisinin Alındıktan Ne Kadar Süre Sonra Başladığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Yaş Grupları	İlacın Etkisinin Ne Kadar Sürede Başladığını Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20-49	7	20.0	28	80.0	35	100.0
50-79	16	24.62	49	75.38	65	100.0
TOPLAM	23	23.00	77	77.0	100	100.0
$X^2 = 12.25$	SD : 1		$P < 0.05$			

Tablo 20'de digital kullanan hastaların yaş gruplarının, ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, 20-49 yaş grubundaki hastaların çok azı (%20.0) ilacın etkisinin başlama süresini bilmektedir. 50-79 yaş grubundaki hastaların % 24.62'si ilacın etkisini alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların yaş grupları ile ilacın etkisinin başlama süresini bilmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $X^2 = 12.25$  SD:1  $p < 0.05$ ). 50-79 yaş grubundaki hastaların, ilacın etkisinin alındıktan sonra ne kadar süre sonra başladığını 20-49 yaş grubundaki hastalara oranla daha fazla bildikleri görülmüştür.

**Tablo 21 : Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Etkisinin Alındıktan Ne Kadar Süre Sonra Başladığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.**

Eğitim Düzeyleri	İlacın Etkisinin Başlama Süresini Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim						
Görmeyenler	10	21.27	37	78.73	47	100.0
İlköğrenim						
Görenler	7	18.42	31	81.58	38	100.0
Orta ve Yüksek						
Öğr. Görenler	6	40.0	9	60.0	15	100.0
TOPLAM	23	23.0	77	77.0	100	100.0

$$X^2 = 2.976$$

$$SD : 2$$

$$P > 0.05$$

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeylerinin ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumlarına göre dağılımına bakıldığında, öğrenim görmeyenlerin %21.27'sinin, ilköğrenim görenlerin % 18.42'sinin, orta ve yüksek öğrenim görenlerin %40'ının ilacın etkisinin başlama süresini bildikleri görülmektedir (Tablo 21). İstatistiksel açıdan bakıldığında, hastaların eğitim düzeyleri ile ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $X^2 = 2.976$  SD: 2  $P > 0.05$ ).

**Tablo 22 :** Deneklerin Meslek Gruplarının İlacın Etkisinin Alındıktan Ne Kadar Süre Sonra Başladığını Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Meslek Grupları	İlacın Etkisinin Başlama Süresini Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşsiz	-	-	2	100.0	2	100.0
Ev Kadını	11	21.15	41	78.85	52	100.0
Emekli	1	11.11	8	88.89	9	100.0
Memur	1	25.0	3	75.0	4	100.0
İşçi	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Serbest Meslek	9	32.14	19	67.86	28	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>23</b>	<b>23.0</b>	<b>77</b>	<b>77.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

$$X^2 = 2.772$$

$$SD : 5$$

$$P > 0.05$$

Digital kullanan hastaların meslek gruplarının ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumlarına göre dağılımları Tablo 22'de verilmiştir. Serbest meslek grubundaki hastaların ilacın etkisinin başlama süresini bilme oranının diğer meslek grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel değerlendirmede, meslek grupları arasında ilacın etkisinin başlama süresini bilme bakımından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $X^2 = 2.772$  SD: 5  $P > 0.05$ ).

**Tablo 23 :** Deneklerin Hastalık Sürelerinin İlacın Etkisinin Başlama Süresini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Hastalık Süreleri	İlacın Etkisinin Başlama Süresini Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 yılın ↓	1	16.66	5	83.34	6	100.0
1-5 yıl	6	17.14	29	82.86	35	100.0
6-10 yıl	10	45.45	12	54.55	22	100.0
10 yılın ↑	6	16.21	31	83.79	37	100.0
TOPLAM	23	23.0	77	77.0	100	100.0

$$X_1^2 = 8.039 \quad \text{SD : 3} \quad P < 0.05$$

$$X_2^2 = 0.01112 \quad \text{SD : 2} \quad P > 0.05$$

Tablo 23'de, digital kullanan hastaların hastalık sürelerinin ilacın etkisinin başlama süresini bilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, 6-10 yıldır kalp hastası olanların ilacın etkisinin başlama süresini bilme oranının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da hastalık süreleri ile ilacın etkisinin başlama süresini bilme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve hastalık süresi 6-10 yıl olan hastaların bilgi düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur ( $X^2 = 8.039$  SD: 3  $P < 0.05$ ). Yapılan ileri analizde ise diğer hastalık süreleri arasında ilacın etkisinin ne kadar sürede başladığını bilme düzeyi bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $X_2^2 = 0.01112$  SD : 2  $P > 0.05$ ).

**Tablo 24 :** Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirilme Durumlarının İlacın Etkisinin Başlama Süresine İlişkin Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.

Tedavi Hakkında Bilgilendirilme	İlacın Etkisinin Başlama Süresini Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	8	25.0	24	75.0	32	100.0
Hayır	15	22.06	53	77.94	68	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>23</b>	<b>23.0</b>	<b>77</b>	<b>77.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

$$X^2 = 3.712$$

$$SD : 1$$

$$P > 0.05$$

Deneklerin tedavi hakkında bilgilendirilme durumlarına göre ilacın etkisinin ne kadar sürede başladığına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 24'de incelenmektedir. Yapılan istatistiksel analizde tedavi hakkında bilgilendirilme durumları ile hastaların ilacın etkisinin başlama süresine verdikleri yanıtların dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $X^2 = 3.712$  SD: 1  $P > 0.05$ ).



**Tablo 25 :** Deneklerin Eğitim Düzeylerinin İlacın Vücuttan Atılma Yolunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.

Eğitim Düzeyleri	İlacın Atılma Yolunu Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim						
Görmeyenler	8	17.02	39	82.98	47	100.0
İlköğrenim						
Görenler	7	18.42	31	81.58	38	100.0
Orta ve Yüksek Öğr. Görenler	8	53.33	7	46.67	15	100.0
TOPLAM	23	23.00	77	77.00	100	100.0

$$X_1^2 = 9.192 \quad \text{SD : 2} \quad P < 0.05$$

$$X_2^2 = 0.02833 \quad \text{SD : 1} \quad P > 0.05$$

Tablo 25'de hastaların eğitim düzeylerinin ilacın atılım yolunu bilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, öğrenim görmeyenlerin %17.02'si, İlköğrenim görenlerin %18.42'si, orta ve yüksek öğrenim görenlerin ise %53.33'ü ilacın atılım yolunu bilmektedir. Bu oranlar, eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların ilacın vücuttan atılma yoluna ilişkin bilgilerinin de yükseldiğini göstermektedir. Yapılan istatistiksel analizde de, eğitim düzeyleri arasında ilacın atılma yolunu bilme durumu bakımından fark olduğu bulunmuştur ( $X^2 = 9.192$  SD: 2  $P < 0.05$ ). Orta ve yüksek öğrenim görenlerin bilgi düzeyi, öğrenim görmeyen ve ilk öğrenim görenlerden daha yüksektir. İleri analiz yapıldığında, öğrenim görmeyenler ile ilköğrenim görenler arasındaki bilgi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $X_2^2 = 0.02833$  SD: 1  $P > 0.05$ ).

**Tablo 26 : Deneklerin Tedavi Hakkında Bilgilendirilmelerine Göre İlacın Atılım Yolunu Bilme Durumlarının Dağılımı.**

Tedavi Hakkında Bilgilendirilme	İlacın Atılma Yolunu Bilme Durumu					
	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	11	34.37	21	65.63	32	100.0
Hayır	12	17.65	56	82.35	68	100.0
TOPLAM	23	23.0	77	77.0	100	100.0

$$X^2 = 4.125$$

$$SD : 1$$

$$P > 0.05$$

Digital kullanan hastaların tedavi hakkında bilgilendirilmeye göre ilacın vücuttan atılma yolunu bilme durumlarının dağılımı Tablo 26'da görülmektedir. Tedaviye ilişkin bilgilendirilen hastaların ilacın vücuttan atılma yolunu bilme yüzdesi, tedavi hakkında bilgilendirilmeyen ve yetersiz bilgilendirilen hastaların bilme yüzdesinden yüksek olmasına rağmen yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların tedavi hakkında bilgilendirilme durumları ile ilacın vücuttan atılma yolunu bilmeleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 4.125$  .  $SD : 1$   $P > 0.05$ ).

### 3.2. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular ve bu bulguların istatistiksel değerlendirilmesi tartışılmıştır.

Tablo 1'de örnekleme alınan deneklere ilişkin demografik özellikler incelendiğinde hastaların %37'si 60-69 yaş grubunda toplanmıştır. Genç yaş grubunda (20-29 ve 30-39 yaş grubu) hasta sayısının az oluşu dikkat çekicidir. Bu dağılımlar, kalp hastalığının daha çok orta yaş ve yaşlıların hastalığı olduğu bilgisini desteklemektedir (25). Ancak 65 yaşın altındaki kalp hastalarında ölüm oranının yüksek olması nedeniyle bu yaşın altındaki hasta sayısının az olduğu düşünülebilir (47). Deneklerin cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında hastaların % 54'ünü kadınlar, % 46'sını erkekler oluşturmaktadır. Bu bulgu kalp hastalığının kadınlara nazaran erkeklerde daha fazla olduğu görüşüne uymamaktadır (35). Deneklerin % 34'ünün okur-yazar olmadığı, % 13'ünün okur-yazar olduğu, % 38'inin ilkokul mezunu olduğu, çok azının ise ortaokul, lise ve yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. Deneklerin % 52'sini ev kadınları, %28'ini serbest meslek sahipleri, %2'sini işsizler, %18'ini ise işçi, emekli ve memurlar oluşturmaktadır. Sosyo-ekonomik faktörler kalp hastalığı üzerinde önemli bir role sahiptir. Uzun süreli işsizlik fiziksel ve zihinsel stres yaratarak kalp hastalığı riskini arttırmaktadır (36). İşsiz kişilere, kendilerine ilgi alanlarına göre zevk alabilecekleri bir uğraş bulmaları, böylece streslerini en aza indirmeleri önerilebilir. Evli olanların oranı %92'dir. Deneklerin %64'ü eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta, %5'i ise yalnız yaşamaktadır.

Tablo 2'de hastaların alışkanlıklarına bakıldığında sigara kullanmayan kadınların oranı %96.28, halen sigara kullanan kadınların oranı % 3.72'dir. Erkeklerde ise sigara kullanmayanların oranı % 93.47, halen sigara kullanmakta olanların oranı % 6.53'tür. Deneklerin alkol kullanma durumlarına bakıldığında, erkeklerin % 97.81'i alkol kullanmamakta, kadınların ise tamamı alkol kullanmamaktadır. Hastalara, özellikle de erkek hastalara sigara ve alkolün kalp hastalığı üzerine olumsuz etkileri açıklanarak sigara ve alkol kullanmamaları konusunda eğitim yapılarak sigara ve alkol kullanmama yolundaki davranışları pekiştirilmelidir.

Tablo 3'de digital kullanan kalp hastalarının hastalıklarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı görülmektedir. Deneklerin %80 gibi büyük çoğunluğu hastalığının ne olduğunu bilmektedir. Hastalıkların adları dosyalarından da kontrol edilmiştir. Bu sonuç hastaların hastalıklarının ne olduğu konusunda ilgisiz olmadıklarını düşündürmektedir. Kapak hastalıkları %36 gibi bir oranla birinci sırada, %31 oranında kalp yetmezliği ikinci sırada gelmektedir. Atherosklerotik kalp hastalıkları %10'unu, romatizmal kalp hastalıkları %3'ünü oluşturmaktadır. Deneklerin %20'si ise hastalıklarının ne olduğunu bilmediklerini ifade etmektedir. Kalp hastalarının çoğu hastalıklarını açık bir şekilde anlayamamakta ve hastalıkları konusunda gerçekçi davranmamaktadır (37). Kalp hastalığı konusunda hastaya verilecek eğitim her hasta için farklı olmaktadır (16).

Deneklerin hastalık sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %6'sının bir yıldan daha az bir süredir, % 94'ünün ise bir yıl ve daha uzun süredir kalp hastalığından şikayetçi oldukları görülmektedir. Kalp hastalığı kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahiptir (13,14). Hastalık sürelerine ait bulgular da bu bilgiyi desteklemektedir. Kronik kalp has-

tarlarının normal günlük aktivitelerini ve görevlerini sürdürmeleri kalp hastalıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kalp hastalarının, hastalıklarına rağmen güvenli ve rahat bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri için yaşamlarında düzenli ve programlı olarak bir takım değişiklikler yapmaları gerekmektedir. Yapılması gerekli olan değişiklikler hastaya verilecek eğitim programında yer almalıdır (37,42). Amerika'da 63 milyonun üzerinde kişinin değişik kalp hastalıklarıyla birlikte hayatlarını sürdürdüğü belirtilmektedir (43).

Deneklerin kontrole gitme durumlarına bakıldığında, hastaların %40'ı bu konuda gereken titizliği göstermekte, % 49'u her hangi bir kalp şikayeti olduğunda gitmekte, % 11'i ise hiç kontrole gitmemektedir. Hastalara doktorun önerdiği sürelerde ihmal etmeden düzenli olarak kontrole gitmenin önemi açıklanmalıdır.

Deneklerin % 32'sine kalp hastalığının tedavisine ilişkin bilginin doktor tarafından verildiği, % 68'inin ise bilgilendirilmediği görülmektedir. Hastalara tedavilerine ilişkin yeterli eğitimin verilmesi gerektiği ve bu eğitimin verilmesinde hemşirenin de sorumluluğunun olduğu unutulmamalıdır.

Deneklerin digital dışında ilaç kullanma durumuna göre dağılımda %97'si digitalle etkileşebilen başka ilaçlar kullanmaktadır. Bu nedenle digital kullanan hastalara verilecek eğitimde digital ilacı ile etkileşebilecek ilaçlar konusuna da yer verilmelidir.

Deneklerin % 58'inin kalp hastalığı dışında digitalin etkisi üzerinde rol oynayabilecek hastalıklarının var olduğu görülmektedir. Deneklerin digitalin dışında ilaç kullanma ve kalp hastalığı dışında başka hastalıklarının olup olmadığı dosya bilgilerinden de doğrulanmıştır. Di-

gitalin etkisini azaltan ve arttıran hastalıklar tedavide istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır. Bu durumdaki hastalar ya digital tedavisine geç yanıt vermekte yada digital zehirlenmesiyle karşı karşıya kalmaktadır. Hastaları bu durumlardan korumak için gerekli uyarıların yapılması zorunludur.

Deneklerin digitale ilişkin bilgilerinin dağılımı Tablo 4'de görülmektedir. Digital kullanan kalp hastalarının %59'u ilacının adını bilmekte, Digoksin yanıtını vermekte, %41'i ise ilacın adını bilmemekte, ilacın kutusundan ve şeklinden tanımaktadır. Bu durum hastaların Digoksin yerine başka bir ilacı yanlışlıkla almalarına neden olabilir.

Deneklerin yalnızca %22'si ilacın kalb üzerine ne şekilde etkili olduğunu, hangi amaçla bu ilacın kendilerine verildiğini bilmekte, % 78'i ilacın etkisinin ne olduğu konusunda hiçbir yanıt verememekte, doktor verdiği için kullandığını ifade etmektedir. Hastaların çoğunluğunun bilinçsiz ilaç kullandığı ve ilacın beklenen etkisinin ne olduğunu bilmedikleri anlaşılmaktadır.

Digital ilacının dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiği sorusuna verilen yanıtların dağılımına bakıldığında hastaların %15'i beklenen yanıtı vermiştir. Hastalardan beklenen doğru yanıt ilacın dozu özellikle de birkaç kez üst üste unutulduğunda ilacın kan seviyesinin düşmesine bağlı olarak tedavi edecek düzeye ulaşmaması veya kalp üzerine etkisinin azalmasıdır (23). Hastaların %85'i ise doğru yanıtı bilmemektedir.

Deneklere ilacın yan etkileri sorulduğunda, tamamının ilacın ne gibi yan etkileri olduğunu bilmedikleri görülmektedir. İlacın yan etkileri konusunda hastalara gerekli bilginin verilmemesinin sonucu olarak has-

hastaların bilinçli yanıtlar veremediği düşünülmektedir. Bu konuda hastaların bilgi gereksinimlerinin olduğu açıkça görülmektedir. Hastalar ilacın yan etkilerini bilmedikleri için erken belirtileri fark edemeyip gerekli önlemlerin alınması için hekimi veya hemşireyi haberdar edemeyecektir. Hastaların sağlıklarını ilgilendiren bilgileri almaıları en doğal haklarıdır. Ayrıca bilgi verilmesi konusunda ahlâkî ve mesleki yönden de bir sorumluluk söz konusudur (44).

İlaç önerilen dozun üzerinde alındığında ne gibi olumsuzluklara neden olabileceği sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde hastaların %87'sinin bu konuda hiç bilgisinin olmadığı, %13'ünün zehirlenmeye neden olabilir ve kalp dışı bazı yan etkiler yapabilir şeklinde beklenen cevabı verdiği görülmektedir. Bu durum hastaların ilacın etkisi olmuyor şeklinde bir düşünce ile kendiliklerinden ilaç dozunu artırma ihtimalinin olabileceğini düşündürmektedir.

Deneklerin digital zehirlenmesinin ortaya çıkmasını kolaylaştıran hastalıkların neler olduğu sorusuna verdikleri yanıtların dağılımlarına bakıldığında hastaların % 96'sı bilmediklerini ifade etmişlerdir. Deneklerin %4'ü ise böbrek yetmezliği ve karaciğer hastalıklarının kolaylaştırdığı yanıtını vermiştir. Deneklerin çoğunluğunda digital ilacının etkisini ve kandüzeyini arttıracak hastalıklar mevcuttur. Bu hastalıklar arasında böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları, akciğer hastalıkları ve hipotiroidi gibi hastalıklar yer almaktadır. Bu hastalara, digital intoksikasyonu yönünden hassas olduklarına dikkatlerinin çekilmesi için bilgi verilmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Deneklerin tamamı digital intoksikasyonunun ortaya çıkmasını kolaylaştıran ilaçların hangileri olduğunu bilmemektedir. Hastaların çoğu digital ilacı ile birlikte digitalle etkileşerek intoksikasyona neden ola-



bilecek başka ilaçlar kullanmaktadır. Bu nedenle hastalara bu konuda aydınlatıcı, uyarıcı gerekli bilgiler verilmelidir.

Deneklerin %23'ü digital ilacının etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilmektedir. % 77'si ilacın etkisinin başlama süresini bilmemektedir. Digital ilacı oral yoldan alındığında etkisi 1-2 saat sonra başlamaktadır. Hastalar bu süreyi bilmedikleri için ilacın etkisini daha kısa sürede yada daha uzun sürede beklemektedir. Hastaların bu beklentisi ilacın faydası olmadı düşüncesiyle ya ilacı bırakma ya da fazla dozda ilaç alma gibi uyumsuz davranışlara yol açmaktadır.

Hastaların kullanmakta oldukları digital ilacının vücuttan ne şekilde atıldığını bilip bilmeme durumlarına bakıldığında hastaların % 23'ü bu soruya doğru yanıt vermiştir. %77'si ilacın atılım yolunu bilmemektedir. Hastaların hepsi digital türlerinden en yaygın olarak kullanılan Digoxin ilacını almaktadır. Digoxinin vücuttan atılımının böbrekler yoluyla olması nedeniyle hastalardan bu yanıtı vermeleri beklenmektedir. Digoxinin vücuttan ne şekilde atıldığı hastalara öğretilmelidir (12). Böbrek yetmezliği olan hastalarda ilacın atılımı yavaş olacağı için Digoxine bağlı olarak zehirlenme belirtilerinin kolayca ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır (19). Böyle bir durumda doktorlarını doz ayarlaması için haberdar etmeleri gerektiği vurgulanmalıdır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 96'sı digital ilacını almadan önce nabızını sayıyor musunuz sorusuna olumsuz yanıt vermiştir. % 4'ü nabızlarını saydıklarını ve nabız sayıları 60-110 sınırındayken ilaçlarını aldıklarını ifade etmiştir. Hastaların digital ilacını almadan önce nabız sayma konusunda da yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Hastalara nabız saymanın önemi, nabız sayısında artma veya azalmanın digital intoksikasyonunun habercisi olabileceği açıklanmalıdır (9).



Digital kullanan hastaların % 94'ü kan digital düzeyinin ölçülmesi gerektiğini bilmedikleri için ölçtürmediklerini ifade etmektedir. %6'sının doktor istediği için kan digital düzeyini ölçtürdükleri saptanmıştır. Digital kullanan kalp hastalarını digital intoksikasyonundan korumak için kan digital seviyesinin ölçtürülmesi digitalin dozunun ayarlanmasında önemli bir rehberdir. Bu nedenle digital tedavisini uzun bir süre evinde sürdürecektir olan hastalara taburcu olmadan önce düzenli olarak kan digital düzeyini ölçtürmeleri gerektiği, bunun niçin gerektiği, kan digital düzeyinin normal değerleri, toksik kan düzeyi değerleri doktor veya hemşire tarafından açıklanmalıdır (8).

Tablo 5'de, digital kullanan hastaların yaş gruplarının ilacın adını bilme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmenin birinci aşamasında ilacın adını bilme bakımından yaş grupları arasında farkın olduğu görülmüştür ( $X^2 = 11.71$ , SD: 5,  $P < 0.05$ ). İkinci aşamada, farkı yaratan 40-49 yaş grubundaki hastalar çıkarıldıktan sonra ilacın adını bilme durumuna etkisi yönünden diğer yaş grupları arasında istatistiksel anlamda fark bulunamamıştır ( $X^2 = 6.206$ , SD: 4,  $P > 0.05$ ). Bu sonuca göre 40-49 yaş grubundaki hastaların kullanmakta oldukları digital ilacının adını bilme oranı diğer yaş grubundaki hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç 40-49 yaş grubundaki hastaların sağlıklarına önem verdiklerini ve tedavileri ile daha yakından ilgilendiklerini düşündürebilir.

Deneklerin eğitim düzeylerinin ilacın adını bilmeleri üzerine etkisi Tablo 6'da incelenmiştir. Deneklerin eğitim düzeyleri Tablo 6'da görüldüğü gibi öğrenim görmeyenler, ilköğrenim görenler, orta ve yüksek öğrenim görenler olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Eğitim düzeylerine göre ilaç adını bilme arasında istatistiksel olarak fark olduğu

bulunmuştur ( $X^2 = 13.29$  SD: 2  $P < 0.05$ ). İstatistiksel değerlendirmenin ilk aşamasında bu üç eğitim düzeyinin bilme durumu üzerine etkisi karşılaştırılmış, orta ve yüksek öğrenim gören hastaların hiç öğrenim görmeyen ve ilköğrenim gören hastalara oranla ilaç adını daha fazla bildiği görülmüştür. Yapılan ileri analizde ilköğrenim gören hastalarında ilköğrenim görmeyen hastalara oranla daha fazla bildikleri görülmüştür ( $X^2 = 4.554$  SD: 1  $P < 0.05$ ). Hastaların eğitim düzeylerinin ilaç adını bilmeleri üzerine etkisi vardır. Öğrenim düzeylerine göre hastaların kullandıkları ilacın ismi konusunda bilgi sahibi olmaları beklenen bir sonuçtur.

Tablo 7'de digital kullanan hastaların yaş gruplarının ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Her yaş grubunda ilacın etkisinin ne olduğunu bilenlerin sayısının önemsiz çıkması nedeniyle yaş grupları iki grup olarak birleştirilmiştir. 20-49 yaş grubundaki 35 hastanın %14.28'i, 50-79 yaş grubundaki 65 hastanın %26.15'i ilacın etkisinin ne olduğu sorusuna çarpıntıyı azalttığı, kalb ritmini düzenlediği, kalbin kan pompolamasını artırıp kan damarlarını genişlettiği, kalbi takviye ettiği ve dinlendirdiği şeklinde beklenen cevabı vermiştir. Her iki yaş grubundaki hastaların çoğunluğunda ise bu soruya hiç yanıt vermedikleri görülmektedir. İlacın etkisinin ne olduğunu bilenlerin yaş gruplarına göre dağılımları istatistiksel olarak incelendiğinde ilacın etkisini bilme bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 4.754$  SD: 1  $P > 0.05$ ).

Tablo 8'de digital kullanan hastaların cinsiyetlerinin ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumlarına göre dağılımı incelenmektedir. İstatistiksel değerlendirmede, ilacın etkisini bilme ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 0.1094$  SD:1  $p > 0.05$ ).

Her iki cinste de digital ilacının etkisinin ne olduğu, bu etkiyi nasıl ortaya çıkardığının bilinmesi ve ilacın diğer özelliklerinin gözden geçirilmesi bu ilacın daha bilinçli kullanılmasında yardımcı olabilir.

Tablo 9'da, digital kullanan kalp hastalarının eğitim düzeylerine göre ilacın etkisini bilme durumları incelenmektedir. Yapılan istatistiksel analizde, eğitim düzeyleri ile ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $X^2 = 3.531$  SD: 2  $p > 0.05$ ). Halbuki eğitim düzeyi yüksek olanların eğitim düzeyi düşük olanlara oranla ilacın etkisini daha iyi bilmeleri beklenirken hastalara tedavileri konusunda yeterli bilgi verilmemesi gibi koşullar gözönüne alınacak olursa bu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Tablo 10'da digital kullanan hastaların hastalık sürelerinin ilacın etkisinin ne olduğunu bilmelerine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde deneklerin hastalık süreleri ile ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 2.067$  SD: 3  $P > 0.05$ ). Ancak 1 yıldan daha az bir süredir hasta olan ve ilaç kullananların ilacın etkisini hiç bilmemeleri ve hastalık süreleri uzadıkça bilme oranının artması dikkat çekmektedir. Uzun süredir kalp hastası olup digital ilacını kullanan hastaların ilacın etkisi konusunda kendi tecrübelerine dayanarak da bilgi sahibi olmaları gerekir şeklinde düşünülebilir.

Digital kullanılan hastaların tedaviye ilişkin bilgilendirilme durumlarının ilacın etkisinin ne olduğunu bilmelerine göre dağılımına bakıldığında, tedavi hakkında bilgilendirilen hastaların % 31.25'i, bilgilendirilmeyen hastaların % 17.64'ü ilacın etkisini bilmektedir. İstatistiksel açıdan bakıldığında tedavi hakkında bilgilendirilme durumu

ile ilacın etkisini bilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 11) ( $\chi^2=2.906$  SD: 1  $P>0.05$ ). Hastanın tedavisi konusunda eğitilmesi, problemleri önlemektedir. Çoğu hastalar tedavileri hakkında hiçbir şey bilmedikleri için digital ilaçlarını doğru amaçla almamaktadır (30). Bilgi verilenlerde ilacın etkisini bilme oranı fazla beklenirken sonucun böyle olması düşündürücüdür. Verilen eğitimin etkili olabilmesi ve amacına ulaşabilmesi için pekiştirilmesi ve sadece sözel anlatımla değil yazılı kaynaklarla da desteklenmesi gereği vardır.

Tablo 12'de digital kullanan hastaların cinsiyetlerine göre digital ilacını almayı unuttuklarında tedavilerinin nasıl etkileneceğini bilme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde kadınlarla erkekler arasında doğru yanıt verme açısından istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 0.2558$  SD: 1  $P>0.05$ ). Kadınların % 83.34'ü, erkeklerin % 86.96'sı ilaç dozu unutulduğunda tedavinin etkilenme şeklini bilmemektedir. Bu sonuç da hastaların ilaçlarını aksatmadan düzenli bir şekilde almalarını olumsuz yönde etkileyebilir ve tedaviye uyumsuzluğa neden olabilir. Bu nedenle de ilacın kalp üzerine istenen etkisi sağlanamayacağı için tedavileri aksayabilir.

Tablo 13'de deneklerin eğitimi düzeylerine göre digital ilacının dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiği sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları görülmektedir. Öğrenim görmeyen 47 hastanın %6.38'i, ilköğrenim gören 38 hastanın %21.05'i, orta ve yükseköğrenim gören 15 hastanın ise % 26.66'sı doğru yanıt vermiştir. Tedavinin nasıl etkilendiğini bilme durumları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2 = 5.430$  SD: 2  $P>0.05$ ). Bu sonuç, eğitimin bilgi ve uyum düzeyi üzerine olumlu etkisini destekler nitelikte değildir. Hastalara eğitim verirken, öğrenim düzeyleri ayırılmalıdır.

meksizin her konuda gereken bilgiler açık ve anlaşılır bir şekilde verilmelidir.

Digital kullanan hastaların meslek gruplarının ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğine verdikleri yanıtlara göre dağılımları Tablo 14'de görülmektedir. Tüm meslek gruplarında bilme oranının düşük olması dikkat çekmektedir. Oysa orta ve yüksek öğrenim görmeyi gerektiren meslek grubundaki hastaların öğrenim gerektirmeyen veya ilköğretimin yeterli olduğu meslek grubundaki hastalara oranla bilme durumlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

Tablo 15'de digital alan kalp hastalarının hastalık sürelerinin ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğini bilme durumlarına göre dağılımı incelenmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda 5 yıl ve daha az süredir kalp hastalıklarından dolayı ilaç kullananlar ile 6 yıl ve daha fazla süredir kalp hastalığı olanlar arasında ilaç dozu unutulduğunda tedavinin etkilenme durumunu bilme bakımından anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $X^2 = 1.424$  SD:3  $P > 0.05$ ). Her iki hastalık süresinde de hastaların ilacın dozunu unutup eksik alındığında tedavinin ne şekilde etkilendiğine ilişkin bilgi düzeyleri olması gerekenin çok altındadır. Hastaların bu konudaki bilgisizliği, hastaların önerilen ilaç dozunu almaları konusunda gereken titizliği göstermelerini olumsuz şekilde etkilemektedir. Tedaviye uyumsuzluk sorununu ortaya çıkarmakta ve hastalıklarının tedavisini aksatmaktadır. Tedavi süresi uzadıkça ilaç dozu eksik alındığında tedavinin ne şekilde etkilendiği konusunda yeterince bilinçli olmayan hastalarda ilaca uyumsuzluk artabilmektedir.

Tablo 16'da digital kullanan kalp hastalarının tedavi hakkında bilgilendirilmelerinin ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğini bilme durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Tedavisine ilişkin bilgi verilen hastaların % 25'i bu soruya yanıt verebilmektedir. Bilgilendirilmeyen hastalardan ise sadece % 10.29'u digital ilacının dozu unutulup eksik alındığında tedavilerinin ne yönde etkileneceğini bilmektedirler. Tedavileri hakkında sağlık eğitimi verilen hastaların verilmeyenlere göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirme de bu sonucu desteklemektedir ( $X^2=6.658$  SD:1  $P>0.05$ ). Bu beklenen bir sonuçtur. Tedavisi hakkında bilgilendirilmeyen hastaların ilaçlarını unutarak eksik doz aldıklarında tedavinin etkilene şekli bilmeleri beklenemez. Eğitim düzeylerinin düşüklüğü, bilgisizlik ve ilgisizlik hastaların tedavileri üzerine motivasyonunu olumsuz olarak etkilemektedir. Sonuçta da tedaviden sapsular ortaya çıkmakta ve tedavi amacına ulaşamamaktadır.

Digital kullanan kalp hastalarının cinsiyetlerinin ilaç önerilen dozdan fazla alındığında ne gibi istenmeyen durumlara neden olabildiğine ilişkin bilgilerine göre dağılımı Tablo 17'de görülmektedir. Erkek hastaların %21.73'ü, kadın hastaların % 5.55'i bu soruya doğru yanıt vermiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kadın hastalarla erkek hastalar arasında ilaç fazla alındığında ne olduğunu bilme düzeyi bakımından farkın anlamlı olduğu ve erkek hastaların kadın hastalara oranla daha fazla bildiği görülmüştür ( $X^2 = 5.752$  SD: 1  $P<0.05$ ). Kadınların bilgi düzeyinin düşük olması eğitim durumları ile ilgili olabilir. Çünkü kadınların hemen hemen tamamı okur-yazar değil veya ilkökul eğitimi almıştır. Ayrıca 54 kadının 52'si ev hanımıdır. Kadınların büyük çoğunluğunun okuma yazma bilmemesi ve ev hanımı olması nedeniyle sı-



nırlı bir çevrede yaşaması gibi nedenlerin kadınların bilgi düzeyini olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Tablo 18'de dijital kullanan hastaların eğitim düzeylerine göre ilaç önerilen dozun üzerinde alındığında ne olabileceğine ilişkin bilgilerinin dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ilaç fazla alındığında ne olabileceğine ilişkin verilen yanıtlarla eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $X_1^2 = 7.304$  SD: 2  $P < 0.05$ ). Orta ve yüksek öğrenim gören hastaların ilaç önerilenden fazla alınırsa ne olabileceğine ilişkin bilgi düzeylerinin öğrenim görmeyen ve ilk öğrenim gören hastalara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan ileri analizde, öğrenim görmeyen hastalar ile ilköğrenim gören hastalar arasında bilgi düzeyi bakımından istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ( $X_2^2 = 1.131$  SD: 1  $P > 0.05$ ). Bu durumda bilme yüzdesi en düşük olan grup öğrenim görmeyenlerdir. Diğerleri ise ilköğrenim görenlerdir. Orta ve yüksek öğrenim görenlerin bilgi yüzdesi ise en yüksektir. Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe hekim ve hemşire ile işbirliği kurmaları, kendilerine yapılan önerileri kavramaları, ilaçlarını nasıl kullanacaklarını öğrenmeleri gibi durumlar ilaca uyum göstermelerini arttırmaktadır.

Tablo 19'da, dijital kullanan hastaların tedavi hakkında bilgilendirilmelerinin, ilaç önerilen dozdan fazla alındığında ne olabileceğine ilişkin verdikleri yanıtlarına göre dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, tedavi hakkında bilgilendirilen hastaların ilaç fazla dozda alındığında ne olabileceğini bilme düzeylerinin, bilgilendirilmeyen hastaların bilgi düzeylerine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $X^2 = 6.027$  SD: 1  $P < 0.05$ ). Bu sonuç da hastalara tedavileri hakkında verilen eğitimin önemine ve gerekliliğine dikkat çekmektedir.

Tablo 20'de digital kullanan hastaların yaş gruplarının, ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, 20-49 yaş grubundaki hastaların çok azı (%20.0) ilacın etkisinin başlama süresini bilmektedir. 50-79 yaş grubundaki hastaların % 24.62'si ilacın etkisini alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların yaş grupları ile ilacın etkisinin başlama süresini bilmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $X^2 = 12.25$  SD:1  $p < 0.05$ ). 50-79 yaş grubundaki hastaların, ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını 20-49 grubundaki hastalara oranla daha fazla bildikleri görülmüştür. İlacın etkisinin ne kadar sürede başladığını bilme oranının 50-79 yaş grubundaki hastalarda yüksek olmasının nedeni ileri yaş grubundaki yığılmanın fazla olmasına bağlanabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeylerinin ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumlarına göre dağılımına bakıldığında, öğrenim görmeyenlerin %21.27'sinin, ilk öğrenim görenlerin % 18.42'sinin, orta ve yüksek öğrenim görenlerin %40'ının ilacın etkisinin başlama süresini bildikleri görülmektedir (Tablo 21). İstatistiksel açıdan bakıldığında, hastaların eğitim düzeyleri ile ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $X^2 = 2.976$  SD: 2  $P > 0.05$ ).

Digital kullanan hastaların meslek gruplarının ilacın etkisinin alındıktan ne kadar süre sonra başladığını bilme durumlarına göre dağılımları Tablo 22'de verilmiştir. Serbest meslek grubundaki hastaların ilacın etkisinin başlama süresini bilme oranının diğer meslek grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel de-



ğerlendirmede, meslek grupları arasında ilacın etkisinin başlama süresini bilme bakımından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $X^2 = 2.772$  SD: 5  $P > 0.05$ ). Bu sonuç, hastalara kullanacakları ilaca ilişkin bilgi verilirken meslek ayrımı yapılmaksızın her meslek grubundaki hastalara bilgi verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Tablo 23'de, digital kullanan hastaların hastalık sürelerinin ilacın etkisinin başlama süresini bilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, 6-10 yıldır kalp hastası olanların ilacın etkisinin başlama süresini bilme oranının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da hastalık süreleri ile ilacın etkisinin başlama süresini bilme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve hastalık süresi 6-10 yıl olan hastaların bilgi düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur ( $X^2 = 8.039$  SD: 3  $P < 0.05$ ). Yapılan ileri analizde ise diğer hastalık süreleri arasında ilacın etkisinin ne kadar sürede başladığını bilme düzeyi bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $X_2^2 = 0.01112$  SD : 2  $P > 0.05$ ).

Deneklerin tedavi hakkında bilgilendirilme durumlarına göre ilacın etkisinin ne kadar sürede başladığına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 24'de incelenmektedir. Yapılan istatistiksel analizde tedavi hakkında bilgilendirilme durumları ile hastaların ilacın etkisinin başlama süresine verdikleri yanıtların dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $X^2 = 3.712$  SD: 1  $P > 0.05$ ). Hastaların ilacın etkisinin başlama süresi hakkında bilgi gereksinimlerinin olduğu görülmektedir. Hastalara tedavilerine ilişkin bilgi verilirken hastanın öğrenmeye hazır olup olmadığı dikkate alınmalıdır. Eğitim verilirken uygun koşullar sağlanmalıdır. Hastanın ilgisi konu üzerine çekilmelidir. Etkin bir eğitim ancak bu noktalar gözönüne alınırsa gerçekleştirilir. Aksi halde verilen

bilgiler ya hiç öğrenilmeyecek ya da yetersiz kalacaktır. Nitekim tedavi hakkında bilgilendirilen hastaların da bilgi düzeyinin düşük olması verilen eğitimin yetersiz ve etkin olmadığını göstermektedir.

Tablo 25'de hastaların eğitim düzeylerinin ilacın atılım yolunu bilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, öğrenim görmeyenlerin %17.02'si, İlköğrenim görenlerin %18.42'si, orta ve yüksek öğrenim görenlerin ise %53.33'ü ilacın atılım yolunu bilmektedir. Bu oranlar, eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların ilacın vücuttan atılma yoluna ilişkin bilgilerinin de yükseldiğini göstermektedir. Yapılan istatistiksel analizde de, eğitim düzeyleri arasında ilacın atılma yolunu bilme durumu bakımından fark olduğu bulunmuştur ( $X^2 = 9.192$  SD: 2  $P < 0.05$ ). Orta ve yüksek öğrenim görenlerin bilgi düzeyi, öğrenim görmeyen ve ilk öğrenim görenlerden daha yüksektir. İleri analiz yapıldığında, öğrenim görmeyenler ile ilköğrenim görenler arasındaki bilgi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $X_2^2 = 0.02833$  SD: 1  $P > 0.05$ ). Değerlendirme sonucu, eğitim düzeyi yüksekliğinin bilgi düzeyini arttırdığını göstermektedir. İlacın vücuttan atılma yolunun bilinmesi son derece önemlidir. Çünkü ilacın atılımı ile ilgili herhangi bir bozukluk ilaç tedavisinde değişiklikler, ayarlamalar yapılmasını gerektirir. Özellikle de vücuttan atılımı aksadığında intoksikasyon gibi ciddi bir problemi kolaylıkla ortaya çıkarabilen digital ilacının vücuttan ne yolla atıldığı eğitim düzeyine bakılmaksızın her hastaya söylenmelidir.

Digital kullanan hastaların tedavi hakkında bilgilendirilmeye göre ilacın vücuttan atılma yolunu bilme durumlarının dağılımı Tablo 26'da görülmektedir. Tedaviye ilişkin bilgilendirilen hastaların ilacın vücuttan atılma yolunu bilme yüzdesi, tedavi hakkında bilgilendirilmeyen ve yetersiz bilgilendirilen hastaların bilme yüzdesinden yüksek olmasına rağmen

men yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların tedavi hakkında bilgilendirilme durumları ile ilacın vücuttan atılma yolunu bilmeleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ( $X^2 = 4.125$  SD : 1  $P > 0.05$ ). Bu veriler, tedavi hakkında hastalara verilen bilgilerin yetersizliğini göstermektedir. Sağlık eğitimi çok yönlü ve geniş kapsamlı olmalıdır. Sadece bir konu üzerinde yoğunlaşmamalıdır. Tüm önemli noktalar dikkate alınmalı ve açıklanmalıdır. Eğitim böyle yapılmadığı takdirde hastalara tedavileri konusunda verilen eğitim yetersiz kalacak, sonuçta bilgilendirilen hastalar bile tedavileriyle ilgili tüm önemli noktalar hakkında yeterli bilgiye sahip olamayacaktır. Sonuç da bunu göstermektedir.



## BÖLÜM IV

### 4.1. SONUÇLAR

Araştırma bulgularına dayanarak varılan sonuçlar şöyledir :

1. Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun 60-69 yaş grubunda, % 54'ünün kadın olduğu, % 34'ünün okur-yazar olmadığı, % 38'inin ilk öğrenim gördüğü, % 15'inin orta ve yüksek öğrenim gördüğü, % 52 gibi çoğunluğun ev kadını ve % 28'inin serbest meslek sahibi olduğu, % 92'sinin evli olduğu, kadınların % 96.28'sinin sigara kullanmadığı, erkeklerin % 93.47'sinin sigara kullanmadığı ve %97.8'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 1 ve Tablo 2).

2. Deneklerin % 80'inin hastalıklarının adını bildiği, çoğunluğunun 10 yılın üzerinde kalp hastası olduğu, % 40'ının önerilen sürelerde kontrollerine gittiği, % 32'sinin tedavi hakkında bilgilendirildiği ve bilginin sadece doktor tarafından verildiği, % 97'sinin digitalin dışında başka ilaçlar kullandığı, % 58'inin kalp hastalığı dışında başka hastalıklarının da olduğu görülmüştür (Tablo 3).

3. Deneklerin tamamının digital türlerinden Digoxin kullandığı ve % 59'unun ilacının adını bildiği, çoğunluğunun digitalin etkisini bilmediği, % 85'inin ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğini bilmediği, hastaların tamamının ilacın yanı etkilerini bilmediği, % 87'sinin ilaç fazla alındığında ne olabileceğini bilmediği, % 96'sının digital zehirlenmesini kolaylaştıran hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmadığı, hastaların hiç birisinin digital zehirlenmesini kolaylaştıran ilaçları bilmediği, ilacın etkisinin başlama süresini % 77'sinin bilmediği % 23'ünün bildiği, digital ilacının vücuttan ne yolla atıldığını % 23'ünün bildiği, % 96'sının ilaçlarını almadan önce nabızlarını kontrol edip, saymadığı ve % 94'ünün düzenli olarak kan digital seviyesini ölçtürmedikleri belirlenmiştir (Tablo 4).

4. Deneklerin yaş grupları arasında ilacın adını bilme bakımından fark olduğu ve 40-49 yaş grubundaki hastaların ilacın adını bilme oranının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

5. Deneklerin eğitim düzeylerinin ilacın adını bilme durumu üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Tablo 6).

6. İlacın etkisinin ne olduğunu bilme bakımından hastaların yaş grupları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

7. Kadın ve erkek hastalar arasında ilacın etkisine ilişkin bilgi düzeyi bakımından fark olmadığı Tablo 8'de görülmektedir.

8. Hastaların eğitim düzeyleri ile ilacın etkisini bilmeleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı Tablo 9'da görülmektedir.

9. Deneklerin hastalık süreleri ile ilacın etkisinin ne olduğunu bilme durumları arasında bir ilişki olmadığı Tablo 10'da saptanmıştır.

10. Tedavi hakkında bilgilendirilme durumunun ilacın etkisinin ne olduğuna ilişkin bilgi düzeyini etkilemediği Tablo 11'de görülmektedir.

11. Hastaların ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğini bilmeleri bakımından cinsiyet, eğitim düzeyleri, meslek grupları ve hastalık süreleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 12,13,14,15).

12. Tedavi hakkında bilgilendirilme durumları arasında ilaç dozu unutulduğunda tedavinin ne şekilde etkilendiğini bilme bakımından fark olduğu ve tedavi hakkında bilgilendirilenlerin bilgi düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 16).

13. Kadın hastaların, orta ve yüksek öğrenim görenlerin ve tedavisi hakkında bilgilendirilen hastaların ilaç fazla alındığında ne olabileceğine ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 17,18,19).

14. Deneklerin yaş grupları ve hastalık süreleri ile ilacın etkisinin başlama süresini bilmeleri arasında ilişkin anlamlı olduğu ve 50-79 yaş grubundaki hastaların ve 6-10 yıldır hasta olanlarda ilacın etkisinin başlama süresini bilmelerinin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 20,23).

15. Hastaların, eğitim düzeylerinin, meslek gruplarının ve tedavi hakkında bilgilendirilmelerinin ilacın etkisinin başlama süresini bilme durumları üzerinde etkisinin olmadığı görülmektedir (Tablo 21,22,24).

16. İlacın atılma yolunu bilmeleri üzerinde, eğitim düzeylerinin etkisinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 25).

17. Hastaların tedavi hakkında bilgilendirilme durumları ile ilacın atılım yolunu bilmeleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 26).

## 4.2. ÖNERİLER

Digital kullanan kalp hastalarının ilaç ve kullanımına ilişkin bilgilerinin incelendiği araştırmada, elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında şu öneriler getirilebilir :

- Digital alan kalp hastalarına hastalığı, hastalığının tedavi edilmediği durumda ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, tedavinin amacı ve içeriği konusunda hastaya veya hastanın tedavisinden sorumlu olacak kişiye eğitim düzeyine uygun, sade ve anlaşılabilir bir dille sağlık eğitimi verilmelidir.

- Eğitim programı, digitalin etkisinin ne şekilde olduğu, ilacın ne gibi yan etkilerinin olabileceği ve bu etkilerden herhangi biri görüldüğünde ilacı bırakarak en yakın sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği, ilaç fazla yada eksik dozda alındığında tedavinin ne şekilde etkileneceği, intoksikasyon belirtileri, intoksikasyon gelişmesini kolaylaştıran hastalıklar ve ilaçlar, ilacın etkisinin ne kadar sürede başladığı, ilacın vücuttan nasıl atıldığı ve bu konuda yapılabilecek uyarılar, ilacı almadan önce nabzın kontrol edilip sayılması gerektiği ve periyodik aralıklarla kan digital seviyesinin ölçtürülmesi gerektiği gibi konuları da içermelidir.

- Araştırma bulgularından görüldüğü gibi hastalara sadece hekim tarafından bilgi verilmektedir. Yukarda içeriği özetlenen konularda hastalara verilecek sağlık eğitiminde hemşireler de sorumluluk almalıdır. Hastalarda bir kez verilen eğitim sonucu istenilen bilgi değişikliği sağlanamaz. Bu nedenle eğitim pekiştirilmeli ve gerektiğinde hastanın evinde de öğrenmeyi sürdürebilmesi için yazılı olarak veya broşür şeklinde gerekli bilgileri alması sağlanmalıdır.

- Hastaların yaşı, meslek grupları, eğitim düzeyleri, aile yapıları ne olursa olsun ayırım yapmaksızın sağlık eğitimi verilmelidir. Özellikle okuma yazması olmayan ve yalnız yaşayan yaşlı kişilerin ilaçlarını karıştırmamaları (örneğin digoxin yerine Lasix tablet içmesi gibi) için semboller geliştirilerek ilaç alımının kolaylaştırılması gerekir.

- Kalp hastalığı kronik bir hastalık olup, genellikle yaşlı nüfusu etkilediği için normal aktif bir yaşam biçiminin hastalığı olumsuz yönde etkilediği ve ne gibi değişiklikler yapmaları gerektiği açıklanmalıdır. (Örneğin diyet değişikliği gibi).

- Bu çalışmadan elde edilen sonuçların genellenebilmesi için, araştırmanın daha geniş topluluklarda yapılması önerilebilir.



### 4.3. ÖZET

Bu araştırma, Selçuk Ünivesitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Eğitim Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan digital kullanan kalp hastalarının ilaç ve kullanımına ilişkin bilgilerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Veri toplama aracı olarak, ekte verilen anket formu kullanılmıştır.

Anket formu, digital kullanan 100 hasta ile teke tek görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Elde edilen verileri değerlendirmede yüzdeler ve Ki-kare (chi-Square) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda digital kullanan hastaların tedavileri, digitalin etkisinin ne olduğu, yan etkileri, ilaç eksik veya fazla dozda alındığında ne gibi sonuçlara neden olacağı, intoksikasyon belirtileri, intoksikasyon gelişmesine neden olabilen ilaç ve hastalıkları, ilacın etkisinin ne kadar sürede başladığını bilmediği, ilacı almadan önce nabız kontrolünü yapmadığı, düzenli olarak kan digital seviyesini ölçtürmediği ve bunların gerekliliğini bilmediği saptanmıştır.

Bu sonuçlara dayanarak öncelikle digital kullanan hastaların bilgi gereksinimlerine göre planlı ve yeterli bir şekilde eğitilmeleri, eğitimin hemşire tarafından da yapılması ve pekiştirilmesi, ilaçlarını karıştırmadan kolayca alabilmeleri için uygun semboller geliştirilmesi, yaşlı ve kronik kalp hastalarının hastalıkları ve kullandıkları digital ilacından dolayı yaşam tarzlarında değişiklik yapmaları önerilmiştir.

## SUMMARY

This research was performed on digital using cardiac patients at the Research and Education Hospital Cardiology Service, Medical Faculty of Selçuk University. The study was planned as to be a descriptive study. In order to find out the knowledge of digital using cardiac patients regarding the medicine and its usage.

The enclosed questionnaire form was used as the data collection tool. This form was filled up by the researcher carrying out a face to face interview with digital using too patients separately.

For statistical analysis of the data collected percentage and chi-square tests were used.

Upon evaluating the data the following results were found out:

- Digital using patients did not know
  - the treatment
  - the effects and side effects of digital
  - the effects of high and low dosages
  - the indication of intoxication
  - the medicines and diseases that might lead to development of intoxication.
  - the period of time within which the medicine starts affecting
- Patients did not check their pulses prior to taking the medicine.
- Patients neither did get the digital level in their blood checked regularly nor did realize its necessity.

Relying upon these results the following suggestions were made:

- 1) First of all digital using patients should be given a well-Planned sufficient training depending on the necessity of information.
- 2) This training should be assured to them by the nurses.
- 3) In order for the patients to recognize their medicines without confusion, suitable symbols should be developed.
- 4) Old and chronic heart disease patients should make changes in their life styles because of their disease and the digital medicines they use.



## KAYNAKLAR

- 1- Akdemir, N., Birol, L. (1979), "Digital Preparatlarının Uygulanışında Hemşirenin Sorumluluklarına İlişkin Bir Çalışma," Türk Hemşireler Dergisi, No:2, ss : 3-7.
- 2- Akpınar, N. (1984), Digital Zehirlenmesi. Aydın Kitabı. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- 3- Alton, R. (May 1994), "Arrhythmias Associated With Cardiopulmonary Arrest," Nursing Times. Vol 90, No: 19, pp: 42-44.
- 4- Binak, K., Sırmacı, N., Başar, I. (1991), Pratik Kardiyoloji. İstanbul, Yeğenağa Mabaacılık.
- 5- Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T. (1993), İç Hastalıkları Hemşireliği, 4. bs., Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- 6- Braunwald, E.M.D. (1992), Heart Disease A Text Book of Cardiovascular Medicine. 4. bs., W.B. Saunders Company.
- 7- Carpender, A., Smith, P. (1990), Cecil Essentials of Medicine Türkçesi. Second Edition, Yüce Yayınları A.Ş.
- 8- Conever, M.B. (1980), Understanding Electrocardiography Physiological and İnterpretive Concepts. Third Edition, London, The C.U. Mosby Company.
- 9- Cooke, D.M. (July 1992), "Shielding Your Patient From Digitalis Toxicity," Nursing 92. Vol: 22, No: 7, pp: 44-47.
- 10- Demiroğlu, C. (1988), Kalp Hastalıkları ve Tıbbi Tedavisi. Genişletilmiş 2. bs., İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- 11- Drew, B.J., (May 1992), "Using Cardiac Leads The Right Way," Nursing 92. Vol: 22, No: 5, pp: 50-54.

- 12- Enç, N. (1987), "Digital Türevlerinin Verilmesinde Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları," Hemşirelik Bülteni. Cilt II, No: 8.
- 13- Erdem, M. (1987), "Digital Alan Hastaların İlaça Uyumu ve Uyumunu Etkileyen Faktörler," Bilim Uzmanlığı Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
- 14- Erdem, M. (1991), "Digital Kullanan Hastaların İlaça Uyumu," Türk Hemşireler Dergisi. C. XXXXI, No: 4, ss: 19-20.
- 15- Getliffe, K. (November 1993), "Cardiovascular Assessment," Nursing Standard. Vol: 8, No: 7, pp: 13-25.
- 16- Gleeson, B. (May 1991), "After Myocardial Infarction How To Teach A Patient in Denial," Nursing 91. Vol: 21, No: 5, pp: 48-55.
- 17- Guenter, C., Kaliner, J.S. and Gregoratos, G. (1983), "Congestive Heart Failure," Internal Medicine. New York.
- 18- Guyton, A.C. (1986), Tıbbi Fizyoloji, Cilt I., 3. baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.
- 19- Güneri, S., Kırımlı, Ö., Özer, M. (Ekim 1989, "Digitalis Entoksikasyonu," Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Cilt IV., No: 3, ss: 37-43.
- 20- Hekimler Yayın Birliği, (1995), İlaç ve Tedavi Dergisi. Cilt VIII, No: 1.
- 21- Jaeschke, R., Oxman, A.D., Gayatt, G. H. (March 1990), "To What Extent Do Congestive Heart Failure Patients in Sinus Rhytym Benefit from Digoxin Therapy Asystematic Overview and Meta-Analysis," The American Journal of Medicine. Vol: 88, No: 3, pp: 279-281.
- 22- Kabukçu, A., (1994), Sağlık, Sosyal ve Fen Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. Konya, Merhaba Ofset.

- 23- Kayaalp, O. (1990), "Kalp Glikozidleri ve Kalp Yetmezliğine Karşı Kullanılan Diğer İlaçlar," Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Cilt II., 5. Baskı, Ankara, Feryal Matbaacılık.
- 24- Komşuoğlu, B. (1985), Kardiyoloji. Cilt I., Trabzon, Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- 25- Kum, E. (1983), Tıbbi ve Cerahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı, No: 4, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 26- Letterer, R.A., Carew, B., Reid, M., Woods, P. (May 1992), "Learning To Live With Congestive Heart Failure," Nursing 92. Vol: 22, No: 5.
- 27- Martinson, İ.M., Widmen, A., (1989), "Medication Management," Home Health Care Nursing. W.B. Saunders Company, pp: 87-94.
- 28- Marcus, F., Huang, S. "Chapter 98 Digitalis," The Heart. Seventh Edition, Mc Graw-Hill Information Services Company, pp: 1748-1758.
- 29- Marshall, P. (February 1990), "The Heart As A Gland," Nursing Times. Vol: 86, No: 7, pp: 42-43.
- 30- Meissner, J., Gever, L. (July 1993), "The Risks of Digitalis Toxicity," Nursing 93. Vol: 23, No: 7, pp: 47-51.
- 31- Murphy, T.G., (1993), "Digoxin Toxicity," American Journal of Nursing. Vol : 93, No: 12, pp: 37-41.
- 32- Özcan, R. (1983), Kalp Hastalıkları. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı, Sanal Matbaacılık.
- 33- Özcebe, O.İ., Oto, M.A. (1990), "Kalp Yetmezliği Tedavisi," Türk İlaç ve Tedavi Dergisi. Cilt III, Sayı : 4.
- 34- Penckofer, S. (June 1993), "What You Show Know About Women Heart Disease," Nursing 93. Vol: 23, No: 6, pp: 42-46.

- 35- Penckofer, S., Holm, K., (January 1994), "Women's Risk for Heart Disease," Nursing 94. Vol: 24, No: 1, pp: 42-45.
- 36- Proctor, M., (June 1990), "Doling Out Fitness," Nursing Times. Vol: 86, No: 26.
- 37- Rowland, T., (October 1993), "Heart Felt Support," Nursing Times. Vol: 89, No: 40, pp: 30-32.
- 38- Schultz, S.J., Foley, C.R, Gordon, D.G., (September 1991), "Preparing Your Petient For A Cardiac P.E. T. Scan," Nursing 91. Vol: 21, No: 9, pp: 63-64.
- 39- Smith, S., (October 1992), "Heart Disease," Community Outlook. Vol: 2, No: 10, pp: 41.
- 40- Starks, D., Vespe, M., (November 1992), "Heading Off Sudden Cardiac Death," Nursing 92. Vol: 22, No: 11, pp: 53-55.
- 41- Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K., (1988), Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi.
- 42- Chilman, A.M., Thomas, M., (1984), Understanding Nursing Care. Second ed., Churchill Livingstone, Edinburg, London, Melbourne and New York.
- 43- Weiss, R.J., M.D. and Sharpe, G.S., (1987), "Heart Disease and Circulatory Disorders," Complete Guide To Health and Well-Being After 50. First. ed., The Colombia Universty School of Public Health, pp: 153-173.
- 44- Williams, B., (July 1991), "Medication Education," Nursing Times. Vol: 87, No: 29, pp: 50-52.
- 45- Yakabowich, M., (September 1992), "What You Should Know About Administering Nitrates," Nursing 92. Vol: 22, No: 9, pp: 53-55.

**EK - 1**

**DİĞİTAL KULLANAN KALP HASTALARININ İLAÇ VE  
KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİLERİNİN SAPTANMASINA  
YÖNELİK ANKET FORMU**

**Denek No :**

1- Yaşınız ?

2- Cinsiyetiniz ?

1) Kadın

2) Erkek

3- Eğitim durumunuz?

1) Okur - yazar

2) İlkokul mezunu

3) Ortaokul mezunu

4) Lise veya dengi okul mezunu

6) Okur - yazar değil

4- Mesleğiniz nedir ?

1) İşsiz

4) Memur

2) Ev kadını

5) İşçi

3) Emekli

6) Serbest Meslek

5- Medeni Durumunuz?

1) Evli

2) Bekâr

3) Dul

6- Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1) Yalnız

2) Eşimle

3) Eşim ve çocuklarımla

4) Diğer





16- Kullandığınız digital ilacının adı nedir?

- 1) Digoxin                      2) Bilmiyorum

17- Digital ilacınız kalbinizi nasıl etkiliyor?

18- İlacınızı almayı unuttuğunuz zaman tedaviniz ne şekilde etkilenir?

- 1) Tedavi edecek düzeye ulaşmaz  
2) Önemli birşey olmaz  
3) İlacın kalbim üzerine etkisi azalır  
4) Bilmiyorum  
5) Diğer

19- İlacı bağı yan etkiler neler olabilir?

20- Digital ilacınızı size önerilen dozdan fazla alırsanız ne olabilir?

- 1) Önemli birşey olmaz  
2) Zehirlenmeye sebep olabilir  
3) Kalp dışı bazı yan etkiler yapabilir  
4) Bilmiyorum  
5) Diğer

21- Digital ilacınıza bağı zehirlenmenin ortaya çıkmasını kolaylaştıran bazı hastalıklar vardır. Bunlar hangi hastalıklar olabilir?

- 1) Böbrek yetersizliği  
2) Karaciğer hastalıkları  
3) Hipotiroidi  
4) Akciğer Hastalıkları  
5) Bilmiyorum

22- Kalp ilacınızın, zehirlenme belirtilerini ortaya çıkarmasını kolaylaştıran ilaçları biliyor musunuz?

- 1) Biliyorum                      2) Bilmiyorum

(Cevap olumlu ise 23. soru sorulacak)

23- Bu ilaçlar hangileridir?

24- Kalp ilacınızın etkisi, alındıktan ne kadar süre sonra başlar?

25- İlacınızın vücudunuzdan atılımı ne yolla olmaktadır?

- 1) Karaciğer                      2) Böbrekler  
3) Bilmiyorum                      4) Diğer

26- İlacınızı almadan önce nabzınız bakıp tam 1dk. sayıyor musunuz?

- 1) Evet                              2) Hayır

(Cevap Evet ise 27. soru sorulacak)

27- Nabzınızın sayısı hangi sınırlardayken ilacınızı alıyorsunuz?

28- Digital ilacınızı kullandığınız sürece düzenli olarak kandaki ilaç seviyesini ölçtürüyormusunuz?

- 1) Evet                              2) hayır  
3) Ölçülmesi gerektiğini bilmiyorum

**Teşekkür ederim.**

## ÖZGEÇMİŞ

1964 yılında Konya'nın Ereğli ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Ereğli'de tamamladı. 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okuluna girdi. 1987 yılında yüksekokuldan mezun oldu. Mezuniyetten sonra beş yıl Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servis'de görev yaptı. Daha sonra Selçuk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 1993 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün açmış olduğu Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar Bölümünde Yüksek Lisans yapmaya başladı. Halen öğretim görevliliğini yürütmekte ve yüksek lisans çalışmalarına devam etmektedir.

## **TEŞEKKÜR**

Yüksek okulumuzda ilk olarak Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapma imkanını sağlayan Prof. Dr. İlhami Demirel'e, Prof. Dr. Orhan Demireli'ne, tezin tüm aőamalarında kaynak ve bilgilerinden yararlandığım ve desteğini gördüğüm danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emine Çakırcalı'ya, çalışmalarım sırasında yardım ve desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Salim Güngör'e, tezin hazırlanması esnasında yardım ve hoşgörülerinden dolayı aileme, tezin yazım ve basımında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

**Sevim KALKAN**