

765774

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Nuray ENÇ

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN
HASTALIK YÖNETİMİNE İLİŞKİN
İNANÇ VE UYUMLARI**

DOKTORA TEZİ

SIDIKA OĞUZ

İSTANBUL - 2005

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ	85
7. ÖNERİLER	90
8. ÖZET	91
9. SUMMARY	93
10. KAYNAKLAR	96
11. EKLER	105
12. ÖZGEÇMİŞ	119

TEŞEKKÜR

Çalışmamda bana yol gösteren ve büyük destek sağlayan danışmanım Sayın Doç.Dr.Nuray ENÇ'e

Tez izleme komitesinde bulunan Sayın Prof. Dr. Zehra Durna ve Sayın Doç. Dr. Zerrin Yiğit'e

Ölçeklerin geçerlik çalışmasında yardımcı olan öğretim üyelerine,

Yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Rukiye Pınar, Hicran Yıldız, Zeynep Kurtuluş, Ayşe Çil, Emine İncekara, Özlem Eski, ve Halise Taşkın'a

Herzaman yanımda olan ve her yönde destekleyen babam, ablam ve eniştem Alim Taşmektepligil'e TEŞEKKÜR EDERİM.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik kalp yetersizliği (KKY); kalbin, dokulara metabolik gereksinimlerini karşılayacak miktarda kan (oksijen) pompalayamaması ya da bunu ancak yüksek kardiyak dolum basınçları ile gerçekleştirebildiği patolojik bir durumdur (1,2,3).

KKY, kalp fonksiyonlarında bozulma ve nörohormonal aktivite artışı ile karakterize kronik bir sendromdur. Görüldüğü gibi tek bir hastalık olmayıp, ventriküler disfonksiyona bağlı dispne, yorgunluk, uyku güçlüğü, öksürük ve sıvı retansiyonuna yol açarak (periferik ödem ve yüksek juguler venöz basınç), yaşam kalitesini bozar ve yaşamı kısaltır (2,4,5,6,7).

Son yıllarda kalp yetersizliği etiolojisinde iskemik kalp hastalığı ve hipertansiyon (HT) önem kazanmıştır. Romatizmal kalp hastalığına bağlı olarak gelişen kapak hastalıkları batıda azalmış olmakla birlikte, ülkemizde hala önemini korumaktadır (2).

Kalp yetersizliği tüm birey ve yaşlarda görülmesine rağmen ilerlemiş yaşlarda daha sık görülmektedir (özellikle 30-50 yaş) (8,9). Genel nüfusta yaşlıların oranı arttıkça, KKY sık rastlanan bir hastalık olmakta ve mortalitesi de yükselmektedir (1,10).

KKY'nin morbiditesi hem bireylerin yaşam kalitesini hem de hastaneye başvuru sıklığını artırarak maliyeti yükseltmektedir. Bu durum aynı zamanda hasta ve toplum içinde büyük bir yük ve sıkıntı oluşturmaktadır (1). Morbiditenin yükselmesi ve hastaneye başvuruların sıklığının en büyük nedeni, KKY olan bireyin hastalığının yönetimine uyum göstermemesidir. Bu nedenle hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonelleri uyumsuzluğun farkında olmalı ve uyumsuzluğun nedenlerini, uyumun önemini, uyumu engelleyen durumları ve hastaya yardımı hasta/ailesi ile tartışmalıdır (örn, ilaçların fiyatları, yan etkileri, tedavinin karmaşıklığı vb.) (11).

KKY olan hastanın, hastalığına uyum sağlamasının yanı sıra hastalığı hakkında ki inancı da, hastalık yönetimini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecektir. Özellikle Sağlık İnanç Modeli kardiyovasküler hastalığı olan birey ve aileleri hastalıklarına karşı duyarlılaştırmak için kullanılmıştır. Bu model, 1950 yılında Amerika'da sosyal psikologlar tarafından geliştirilmiş ve kişiyi sağlığına ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yöneliktir. Aynı zamanda, bireyin olası önleyici girişimleri, girişimlerin yararlarının ve engellerin algılanmasını da kapsamaktadır. Bu model kullanılarak, hastalar hastalıklarına karşı duyarlı hale getirilerek, olumlu davranış değişikliği yapabilmektedir (12,13).

Sonuç olarak KKY olan bireyler hastalıklarının yönetimine uyum sağlayarak; egzersiz, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, düzenli ilaç kullanımı, bireysel izlem ve yaşam tarzı değişikliklerini öğrenerek ve semptomları kontrol ederek, hastalıkları ile kaliteli bir şekilde yaşamlarını sürdürebilirler. Ancak öncelikle hastalara bireysel yaklaşımda bulunarak, hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları belirlenmelidir.

Bu amaçla araştırma;

♥Bennett ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (The Beliefs about Medication Compliance Scale) (IUHIÖ), Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (The Beliefs about Dietary Compliance Scale) (DUHIÖ) ve Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin (The Beliefs about Self Monitoring Scale) (BIUHIÖ) (14) Türkçe şeklinin geçerlik ve güvenilirliğini yapmak,

♥Ölçeğin KKY olan hastaların uyum ve inançlarını belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını belirlemek,

♥KKY olan bireylerin hastalık yönetimindeki inanç ve uyumlarını saptamak amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KALP YETERSİZLİĞİ TANIMI

Kalp yetersizliği; kalbe venöz dönüş ve dolum basınçları normal olduğu halde, kalbin vücudun metabolik gereksinimlerini karşılayabilecek miktarda kanı (oksijen) pompalayamadığı ve ventrikül disfonksiyonundan (akut ya da kronik) kaynaklanan bir süreçten dolayı ortaya çıkan, karmaşık bir klinik sendromdur (15,16).

KKY; kalbin yapısal ya da fonksiyonel bozukluğundan kaynaklanan dolum ve pompa fonksiyonlarında ki bozulma, haftalar, aylar içinde yavaş gelişir ve kompensasyon mekanizmaları da birlikte işlemeye başlar (hipertrofi, sodyum ve su tutulması) (15,17,18).

Kalbin dolu yetersizliği sebebiyle kanı pompalayamaması diyastolik kalp yetersizliğini, kontraksiyon bozukluğu nedeniyle kanı perifere pompalayamaması ise, sistolik kalp yetersizliğini ifade etmektedir. Kompensatuar mekanizmalar kan hacmini, kalbin dolu basınçlarını, kalp atım sayısını ve kalbin kas kütlesini artırarak, kalbin pompa yeteneğini sürdürürler. Ancak bu mekanizmalara rağmen, kalbin kasılma ve gevşeme yeteneği giderek azalır ve kalp yetersizliği ilerler. Kalp yetersizliğinin çoğunluğu (yaklaşık %90) miyokard bozukluğu sonucu gelişmektedir (3,5 18,19).

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Kalp yetersizliği tüm birey ve yaşlarda görülebildiği gibi gebelerde ve konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda da meydana gelebilir ancak çoğunlukla ilerlemiş yaşlarda daha sık görülmektedir (8,9). Koroner arter ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerde azalma olmakla birlikte, genel nüfusta yaşlıların oranı arttıkça KKY sık rastlanan bir hastalık olmakta ve mortalitesi de yükselmektedir (1,20,21,22,23).

Yaşlı nüfus artmaya devam ettiği ve koroner hastalığı olan bireylerin yaşam süreleri arttığı sürece kalp yetersizliğinin artarak devam edeceği düşünülmektedir (5,22). Son on yılda hastalığın tanımının anlaşılması, tedavi yöntemlerinin ilerlemesi, hayatta kalma oranlarında artma ve semptomların yönetimi başarılı bir şekilde uygulandığında hastalığın sürecinin yavaşlamasına neden olmuştur (3).

Framingham çalışmasına göre kalp yetersizliği oranı yaşla katlanarak artmaktadır. Bütün yaşlarda kadın erkek oranı arasında belirgin fark yoktur. Nottinghamshire de 1994 yılında diüretik reçetelenmesi verilerine göre yapılan bir çalışmada bütün yaşlara göre kalp yetersizliği oranı %1 bulunmuştur. Bu oran 30-39 yaş arasında %0.1 iken, 70-79 yaşları arasında %4.2 olduğu saptanmıştır. Yaşlı nüfusun artması sonucu, 2010 yılında kalp yetersizliği vakalarının %70 artması beklenmektedir (3)

Kalp yetersizliği Amerika Birleşik Devletleri'nde büyük bir sağlık sorunudur. Yaklaşık 5 milyon kalp yetersizliği vakası vardır. Her yıl yaklaşık 400 ile 500 000 kalp yetersizliği vakası ortaya çıkmakta ve ilerlemiş tedaviye rağmen yaklaşık 300 000 bin kişi kalp yetersizliği nedeniyle ölmektedir (4,6,20,24,25). 5.1 milyon nüfusu olan İskoçya'da 45 yaşın üzerinde olan, 40 000 erkek ve 45 000 kadında kalp yetersizliği olduğu ve bu sayının gittikçe artacağı düşünülmektedir (10). Dünya çapında 15 milyon kişide kalp yetersizliği bulunduğu tahmin edilmektedir. Kalp yetersizliği bulunan hastaların 5 yıllık yaşam şansı, tanı konulduktan sonra %40'ın altındadır (25).

KKY yaşlılarda en sık görülen hastalıktır. 65 yaşın üzerindeki hastalarda yaklaşık olarak %6- %10 oranında kalp yetersizliği vardır (25,26,27) ve bu hastaların % 80'ni hastaneye yatırılmaktadır. Amerika'da kalp yetersizliğinin tedavisine yıllık yaklaşık 500 000 \$ harcanmaktadır (25). Ülkemizde böyle bir maliyet hesaplanmasına rastlanılmamıştır.

2.3. ETİYOLOJİ

Kalp yetersizliğinin etiyojisi ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde, koroner arter hastalığı ve hipertansiyon; az gelişmiş ülkelerde ise romatizmal kalp hastalığı, enfeksiyonlar ve beslenme bozuklukları en sık rastlanan sebeplerdir. Bu nedenle, kalp yetersizliği gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusta daha fazla görülürken, az gelişmiş ülkelerde ise daha çok orta yaş gurubunda görülmektedir (3,28).

Kalp yetersizliğine zemin hazırlayan temel nedenler ile presipitan faktörlerin tanınması, klinik açıdan çok önemlidir.

Kalp yetersizliği nedenleri dört grupta toplanabilir (1,2,6,15,19,29,30,31,32,33). Bunlar;

Şekil 1. Kalp Yetersizliği Nedenleri

1. Miyokardın kontraksiyon kaybı	◇ MI ◇ Kardiyomiyopatiler ◇ Miyokardit ◇ Kardiyojenik şok
2. Anormal basınç yükü	◇ Hipertansiyon ◇ Pulmoner hipertansiyon ◇ Pulmoner emboli ◇ Aort stenozu ◇ Pulmoner stenoz
3. Anormal volüm (hacim) yükü	◇ Mitral ve aort yetersizliği ◇ Triküspid yetersizliği ◇ Sol ya da sağ şant
4. Dolum bozuklukları	◇ Mitral stenoz ◇ Triküspid stenoz ◇ Miyokard ve perikard kompliyansının azalması (konstrüktif perikardit)

Kalp Yetersizliğinde Presipitan Faktörler

Kalp yetersizliği bulunan hastaların en az yarısında (%50-93) kalbin iş yükünü artıran bir ya da birkaç presipitan faktör bulunabilir. Bu nedenle kalp yetersizliği olan her hastada bu faktörlerin araştırılması gerekir. Bunlar;

◇ Sistemik enfeksiyonlar; ateş, taşikardi, öksürük kalbin işini artırır.

◇ Kardiyak enfeksiyonlar

◇ Aritmiler

◇ Pulmoner emboli

◇ Sodyum ve su yüklenmesi; kan transfüzyonları

◇ Kardiyak depresant ya da tuz tutucu ilaçlar; betablokerler

◇ Fiziksel, emosyonel ve çevresel stresler; uzun süreli egzersiz

◇ Yorgunluk, ani iklim değişiklikleri

◇ Yüksek kalp debili durumlar; anemi, gebelik, hipertroidi

◇ Kardiyak toksinler; alkol, kokain

◇ Miyokard iskemisi ya da MI

◇ Endokrin hastalıklar; tirotoksikoz, miksödem, cushing sendromu

(4,6,9,16,19,31,32,34).

2.4. KALP YETERSİZLİĞİNİN FİZYOPATOLOJİSİ

Fizyopatolojik olarak kalp yetersizliği; kalbin normal kardiyak dolum basınçlarına karşın, metabolizmanın gerçekleştiği dokulara uygun miktarda kan (oksijen) pompalayamaması durumudur. (15,17,30).

Kalbin fonksiyonunu yapabilmesi için, kalp debisinin normal olması gereklidir. Kalp debisi (KD, CO); bir dakikada sol ventrikülden aortaya, sağ ventrikülden pulmoner artere atılan kan miktarıdır.

Normal kalp debisinin sürdürülmesi, miyokard kontraktilitesi (inotropi), preload (önyük), afterload (ardyük) ve kalp atım hızı (sayısı) arasındaki normal ilişkiye bağlıdır (3,15,16,19,29,30,32,34).

Kalbin pompa yeteneğini etkileyen; bu dört ana etken sırasıyla şunlardır;

2.4.1. Miyokard kontraktilitesi: Miyokard kas liflerinin kasılma kuvvetidir. Sağlıklı bir kalbin kontraktilitesinde üç etken rol oynamaktadır (19).

a) Frank-Starling Mekanizması (Güç gerilim ilişkisi): Fizyolojik sınırlarda olmak şartıyla, diyastol sonu volümü yükseldikçe diyastol sonu ventrikül basıncı da artar. Kalp kas gerilimi arttığında, kontraktilite de artar (15,19). Bu mekanizmanın altında yatan olay; miyokardiyal duvar gerilimi artışının, kontraktif elemanlarda kalsiyuma karşı duyarlılık artışına yol açmasıdır. Bu mekanizma kalp yetersizliğinde bozulur ve ilerleyen kalp yetersizliğinde duvar geriliminin artması kontraktilitenin azalmasına yol açar (3).

b) Browdict etkisi (Güç-Frekans ilişkisi): Sağlıklı bir kalpte kalp hızı arttıkça, kasılma hızı ve kuvvetinde artış olur. Ancak kalp yetersizliğinde kalp hızı artınca kontraktilite artışı olmadığı gibi, çoğu zaman kontraktilitede azalma meydana gelir (19,32).

c) Sempatikoadrenerjik Aktivasyon: Dolaşımdaki noradrenalin kontraktilite artışını sağlayan kalpteki beta-adrenoreseptör-adenilsiklaz aktivasyonuna yol açar. Kalbin kasılma gücünü artırır. Kalp yetersizliğinde beta reseptör sayısında azalma meydana gelmesi bu etkiyi azaltmaktadır (3,19).

2.4.2. Preload (Önyük): Ventrikül diyastol sonu volümünün, basıncının karşılığıdır. Preload venöz sistemden dönen kan miktarı ve toplam kan volümü ile ayarlanır. Artmış preload (venöz dönüşten dolmuş

basıncı ve önceki volüme bağlı olarak) genellikle kontraktiliteyi ve gerginliği artırır. Bu artmış preload, ventriküler kontraksiyonun gücünü ve etkinliğini azaltır. Kalp debisi azalır ve bu yükün zorlanması altında kalp yetersiz kalır (15,16,18,29,30).

2.4.3. Afterload (Ardyük): Maksimum sistolik ventrikül duvar gerilimi olup, ventrikül kasılmasına karşı gelişen direnç olarak tanımlanabilir. Artmış periferik vasküler direnç ve yüksek kan basıncı kalbi, ventriküler kanı atabilmesi için daha fazla çalışmaya zorlar. Afterload artışı kalp atım hacminde azalmaya yol açar (16,18,19,29,30,32).

2.4.4. Kalp Hızı (Kronotropi): Kalp hızı kalp debisini ayarlayan önemli bir etkidir. Gereksinimlere göre normalin 2,5 katına çıkabilir. Fakat kalp hızı çok artarsa (180-200/dk) diyastolik doluş süresi çok kısaldığından strok volüm, dolayısıyla kalp debisi düşer.

Miyokard kontraktilesi, preload, afterload ve kalp hızıyla ilgili mekanizmalarda meydana gelen değişiklikler, ventrikül fonksiyonunun azalmasına ve kalp yetersizliğinin ortaya çıkmasına neden olabilir (15,19,29,30,35,36).

2.5. KALP YETERSİZLİĞİNDE KOMPANSATUAR MEKANİZMALAR

2.5.1. Otonom Sinir Sistemi: İlk devreye giren mekanizmadır. Kalbin debisi azaldığında sempatik sinir sistemi üzerindeki inhibisyon kalkar ve sempatik sinir sistemi uyarılır. Bu uyarı; miyokardiyal kontraktiliteyi artırır, taşikardi, arteriyel venöz konstriksiyon ve venokonstriksiyon meydana getirir (15,19,37).

2.5.2. Nörohumoral Değişiklikler: Kalp debisi ve periferik arteriyel direnç, normalde olduğu gibi hastalık halinde de, renal sodyum ve su atılımını belirleyen esas etkenlerdir. Kalp debisinde azalma ya da

arteriyel vazodilatasyon, arteriyel dolaşımında azalmaya ve bu durum nörohumoral refleksleri aktive ederek, vücutta sodyum ve su tutulmasına yol açar. Sistemik kan basıncında, atım hacminde, renal perfüzyon ya da periferik arteriyel dirençte bir azalma, merkezi sinir sisteminden sempatik uyarıların artışına, renin-anjiyotensin sisteminin aktivasyonuna, arjinin vasopressinin artmasına ve susama hissinin artışına neden olur (Şekil 2) (15,19,31,32,37).

2.5.3. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS): Kalp debisinin düşük olduğu durumlarda, RAAS aktive olur. Sempatik sinir sisteminin (SSS) aktivasyonu ile birlikte kan basıncını ve kalp debisini devam ettirmeye çalışır, sodyum ve su tutulmasını sağlar. Bu iki kompensatuar mekanizma SSS ile RAAS'ın aktivasyonu birlikte çalışırlar.

RAAS'ın efektör hormonu olan anjiyotensin II (All), kuvvetli bir vazokonstriktör olup, adrenerjik aktiviteyi artırması yanında, sistemik vasküler direncin ileri derecede artmasına neden olur. All bir taraftan vazokonstriksiyonun daha da artmasını sağlarken, surrenal korteksten aldosteron salınımını artırarak da sodyum ve su tutulmasına ve sonuçta ödem oluşmasına neden olur (Şekil 2) (3,15,19,32,37).

2.5.4.Natriüretik Peptidler: İnsanda, atrial natriüretik peptid (ANP), brain natriüretik peptid (BNP) ve C- natriüretik peptid (CNP) olmak üzere üç natriüretik peptid vardır. Atrial natriüretik peptid, sağ atriumda depolanır ve atrium basıncında bir artışa cevaben salınır. RAAS'ın adrenerjik sistem ve arjinin vazopressinin sodyum ve su tutucu etkilerine karşı çalışır. Kalp yetersizliğinde, plazmada ANP ve BNP düzeyleri artar (3,15,19,32,37).

2.5.5.Endotelin: Endotelin vasküler endotelineal hücreler tarafından salınan kuvvetli bir vazokonstriktör peptidtir. Renal vasküler üzerinde kuvvetli vazokonstriktör etkisi vardır ve sodyum tutulmasına neden olmaktadır (3,15,19).

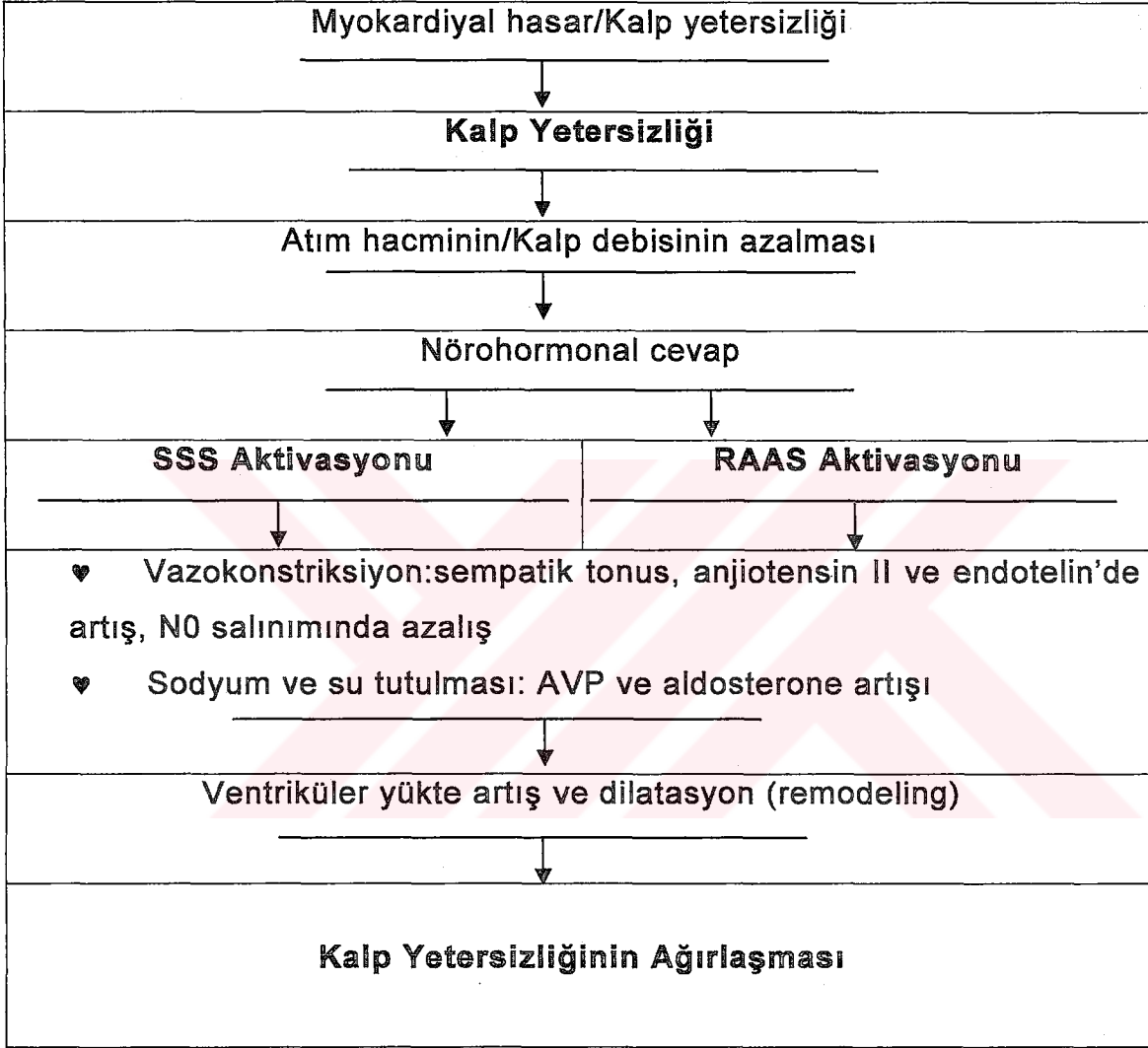
2.5.6. Diğer Hormonlar ve İnflamatuvar Sitokinler: Prostatiklin ve prostaglandin E, birçok dokuda araşidonic asitten yapılan vazodilatör otokrin hormonlardır. Vazodilatör prostaglandinler, kalp yetersizliği nörohormonların meydana getirdiği renal vazokonstriksiyonu hafifletir ve glomerüler filtrasyon hızını artırırılar.

Nitrik oksid (NO), prostatiklin ve prostaglandin'den de kuvvetli bir vazodilatör hormondur (3,15,19,30)

2.5.7.Miyokardiyal Remodeling (Yeniden Şekillenme): Kalp yetersizliğinde çoğu zaman ventrikül şekli ve çapında değişiklik olur. Ventrikülün bozulmasına yol açan duruma göre bölgesel (MI, kardiyomiyopati) ya da global olabilir. Remodeling sonucu, miyokard kütlelerinde ve hacminde artış, ventrikül şeklinde değişiklik ve intertisiyel dokuda büyüme olur. Remodeling, hücresele düzeyde myosit hipertrofisi, miyosit kayması (slippage) ve intertisiyel doku artması gibi bir kaç proçesten oluşur (Şekil 2).

Sonuç olarak kompasyon sağladığında, yaşam süresinde minimal bir etkilenme olurken, sağlanamadığında ise devamlı miyosit kaybı, ventrikül dilatasyonu, diyastolik sistolik fonksiyon bozuklukları, bozulan periferik direnç, aritmiler ve kalp yetersizliği tablosu gelişerek, yaşam süresinde kısalmaya ve egzersiz toleransında bozulmaya yol açar (3,15,19,30)

Şekil 2. Kalp Yetersizliğinde "circulus viciosus". Kronik nörohümorale aktivasyonun kalp yetersizliğini gittikçe ağırlaştırması.



Akçiçek F, Akyürek Ö, Büyüköztürk K, Canberk A, Çağlar N, Eryılmaz Y, Koylan N, Kozan Ö, Nalbantgil İ, Oto Ö, Tokgözoğlu L. Kalp Yetersizliği. 1. baskı, Üniform matbaacılık, İstanbul, 2003.

2.6. KALP YETERSİZLİĞİNİN TIPLERİ

Kalp yetersizliği klinik olarak akut ve kronik olarak ortaya çıkabilir. Akut kalp yetersizliği aniden meydana gelir ve genellikle altta yatan neden, akut miyokart infarktüsü, hipertansif kriz ya da akciğer embolisidir. KKY'nde olay aylar içinde yavaş yavaş gelişir (19,31).

Kalbin ventrikül fonksiyonlarına göre; **sistolik kalp yetersizliği** (kontraksiyon pompa gücü) ve **diyastolik kalp yetersizliği** (genişleme, diyastolde dolamama) veya **kombine sistolik ve diyastolik kalp yetersizliği** olarak sınıflanabilmektedir (2,19).

Kalp yetersizliği kalbin fonksiyon bozukluğuna uğramış kısmına göre; **sağ kalp yetersizliği** ve **sol kalp yetersizliği** veya ilerlemiş **konjestif kalp yetersizliğinde** hem sağ hem de sol kalp yetersizliği semptomları bir arada görülmektedir (2,3,18,19,31,32).

Ayrıca kalp debisinin miktarına göre; **yüksek debili**, **düşük debili** kalp yetersizliği olarak da sınıflanabilmektedir (2).

2.7. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNDE TANI

KKY tanısı çoğunlukla dikkatli bir anamnez ve fizik muayene ile konulmaktadır. Kalp yetersizliğinin en sık nedeni iskemik kalp hastalığı olduğu için, diyabet, hipertansiyon, sigara, hiperlipidemi ve aile öyküsü gibi risk faktörleri sorgulanmalıdır (2,18). Fizik muayenede sadece kardiyovasküler sistem değil, tüm sistemler incelenmelidir (2,31).

Kronik sistolik kalp yetersizliği bulunan hastaların çoğunda kardiyomegali bulunmaktadır. Oskültasyonda, sistolik kalp yetersizliğinde 3. kalp sesi (S3 galo), diyastolik kalp yetersizliğinde presistolik gallo (S4) ve sistolik üfürümler duyulabilir .

KKY'nde Tanı Kriterleri: KKY tanısında Framingham kriterlerinde 2 majör ya da 1 majör+2 minör kriterin bulunması yeterli olarak kabul edilmektedir (2,19,31).

Şekil 3. Framingham Kriterleri

a) Majör Kriterler	b) Minör Kriterler
<ul style="list-style-type: none">◆ Ortopne ya da paroksizmal noktürnal dispne◆ Juguler venöz dolgunluk◆ Kardiyomegali◆ Akut pulmoner ödem◆ S3 gallop◆ Venöz basınç yükselmesi◆ Hepatojuguler reflü◆ Dolaşım süresinin 20 milisaniyeden uzun olması.	<ul style="list-style-type: none">◆ Pretibial ödem◆ Gece oluşan öksürük◆ Efor dispnesi◆ Hepatomegali◆ Plevral effüzyon◆ Taşikardi◆ Maksimum vital kapasitede 1/3'ten daha fazla azalma◆ Hepatomegali
c) Majör ya da Minör Kriter <ul style="list-style-type: none">◆ Tedaviye yanıt olarak 5 günde 4,5kg'dan daha fazla zayıflama (2,3,19,31).	

Ayırıcı Tanı Kriterleri: Kalp dışı dispne, siyanoz, ödem, noktüri, juguler venöz dolgunluk, plevral effüzyon, asit, akciğer ödemi ve şok nedenleri (2,19,31).

Tanısal Testler: Rutin kan testleri (tam kan sayımı, serum kreatini, serum albümini) bazen KKY'nin etiyolojisi ve dekompanseasyonun derecesi hakkında bilgi verir.

Oniki derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG) rutin değerlendirmenin bir parçası olmalıdır. Ciddi kalp yetersizlikli hastalarda sık rastlanan aritmiler genellikle basit bir EKG ile teşhis edilebilir (3,18). Göğüs röntgeni ile kardiyotorasik oran ve kalp sınırları değerlendirilebilir.

Ekokardiyografi, KKY olan hastaların değerlendirilmesinde en önemli tanı aracıdır (18). Kalp yetersizliği değerlendirilirken bazen radyonükleid görüntüleme, magnetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi yöntemleri kullanılabilir (3,18,19,31,32).

Egzersiz testleri, fonksiyonel kapasite tayini ve takibinde yararlıdır. Egzersiz sırasında metabolizması artan dokulara kalbin oksijen sağlayabilme yeteneğinin ve yeterliliğinin ölçülmesini sağlarlar (18,19).

KKY olan hastaların çoğunda kardiyak kateterizasyon gibi invazif bir incelemeye gereksinim olmayabilir. Ancak bu yöntem özellikle kononer arter hastalığından kuşku edilen kişilerde yararlı olmaktadır (6,30).

2.8. KALP YETERSİZLİğİNİN SEMPTOMLARI

Sol Kalp Yetersizliği

1.Dispne: KKY'nin hastalık tablosunu başlatan ilk belirti dispnedir. Dispnenin temel nedeni, akciğerde kan göllenmesi, yani akciğer damarlarında aşırı kan birikmesidir. Aynı zamanda venlerdeki basınç artışı da, kalbe gelen bütün kanın vücuda pompalanamamasının sonucudur. Dispne hastanın kalp ve dolaşım sistemindeki bozukluk açısından büyük önem taşır. Dispne, sol ventrikül yetersizliğinin en önemli belirtisidir ve ciddiyeti progresif olarak sırasıyla efor dispnesi, paroksizmal noktürnal dispne (PND), ortopne-dinlenme anında dispne ve akut pulmoner ödem şeklinde artar (3,36). Kalp hastaları akciğerdeki sıvı birikimini azaltmak için daha uygun bir duruş seçer, yarı Fowler,

Fowler ya da ortopne pozisyonu alırlar. Pulmoner konjesyona bağlı olarak geceleri yatınca gece öksürüğü de meydana gelir (30). Ağır kalp yetersizliği olan hastalar, geceleri yatakta yatmak yerine, koltukta oturmayı tercih ederler (28).

2.Egzersiz toleransının azalması: KKY'nin en önemli bulgularından biri egzersiz kapasitesindeki azalmadır (3). İskelet kaslarının perfüzyonundaki azalma halsizlik ve yorgunluğa yol açar (2,18,30,31).

3.Nöktüri: Hem sol, hem sağ kalp yetersizliğinde renal değişiklikler görülmekle birlikte (9,19,29), sol kalp yetersizliğinde daha fazla etkilenmektedir (29). Azalmış renal perfüzyon nedeniyle gündüz idrar miktarı azalır. Gece hasta sırt üstü yatınca renal perfüzyonun artması gece idrara çıkmayı artırır. Nöktüri uykuyu bozarak yorgunluğa neden olabilir (28,29,30,35).

4.Serebral Semptomlar: Düşük debi nedeniyle serebral perfüzyonun azalmasına bağlı olarak, özellikle yaşlı hastalarda huzursuzluk, uykusuzluk, anksiyete, bellek bozukluğu ve konfüzyon görülür (2,30).

5.Çarpıntı: Atriyal fibrilasyon, ventriküler prematüre atımlar nedeniyle meydana gelir (2,28,30,35).

6.Göğüs ağrısı: İskemik kalp hastalığı, aort stenozu, kardiyomiyopati, pulmoner hipertansiyon nedeniyle oluşur (2).

7.Baş dönmesi, senkop: Aritmi, aort stenozu, hipertrofik kardiyomiyopatiye bağlı meydana gelir (18,30).

Sağ Kalp Yetersizliği bulguları da eklenince;

8.Asit: Sağ kalp yetersizliğinde yüksek sistemik venöz basınç nedeni ile portal hipertansiyon oluşur. Kapillerdeki kanın hidrostatik

basıncı, onkotik basıncı çok aşınca karın boşluğuna sıvı sızar. (2,18,28,30).

9.Hepatomegali ve sağ üst kadranda ağrı: Sağ ventrikülün pompa yetersizliği nedeniyle gelen kanı pulmoner artere atamaması sonucu kan vena kava superior ve inferior yolu ile geriye doğru göllenir. Sonuç olarak karaciğer büyür ve kapsülünün gerilmesiyle sağ üst kadranda ağrı meydana gelir (2,18,28,30,33).

10.Sıvı retansiyonu: Sistemik venöz konjesyon sonucu gelişir. Yerçekimine bağlı olarak önce ayaklarda ve peritibial bölgelerde, yatan hastalarda ise sakral bölgede ödem saptanır (16,18).

11.Anoreksi, kaşeksi: KKY'nde kardiyak debinin düşmesi ve venöz konjesyon, dokuların beslenememesine yol açar. Bunun sonucunda hastalarda zamanla kilo kaybı ve kaşeksi ortaya çıkar (2,38)

2.9. EGZERSİZ KAPASİTESİ ve KALP YETERSİZLİĞİNİN SINIFLANDIRILMASI

KKY hastalarının fonksiyonel durumu, günlük aktiviteler sırasında semptomlar tarafından sınırlanmaktadır. Bununla birlikte maksimum oksijen alımıyla ilgisi yoktur. Maksimum oksijen alımı dinamik egzersiz yapıldığı sırada alınan oksijen miktarıdır. Maksimum oksijen alımı, fiziksel durum, aktivite durumu, yaş cinsiyet gibi birçok etmenlere bağlıdır ve maksimum kardiyovasküler fonksiyon ve egzersiz kapasitesi için iyidir. Maksimum oksijen tüketimi (VO_2 maks), kalp debisi ile arteriovenöz oksijen farkının çarpımına eşittir ve kişinin maksimum fonksiyonel kapasitesini gösterir. İstirahat halinde normal bir yetişkinde maksimum oksijen alımı yaklaşık 30-40 ml O_2 /kg/dakikadır (yaklaşık 10 MET). Aerobik egzersizi bu alımı % 25 artırabilir. Koşmanın dışında aerobik ile bu kapasite 60-90 ml O_2 /kg/dakikaya çıkarılabilir. **Metabolik ekivalan (MET)** dinlenme halinde vücut ağırlığının her kilogramı başına harcanan oksijen miktarıdır (3,5 ml O_2 /kg/dakika) (30,39,40,41,42).

Patterson ve arkadaşlarının yapmış olduğu, kardiyak hastalığı olan 43 hasta üzerinde, maksimum oksijen alımı ve klinik değerlendirme ile fonksiyonel sınıflamasını karşılaştıran çalışmada; maksimum oksijen alımı 22 ml O₂/kg/dakika (6 MET) düştüğünde hastalarda sınırlayıcı semptomlar, 16 ml O₂/kg/dakika (4 MET) oksijen alındığında ciddi sınırlamalar olmaya başladığı görülmüştür (41).

KKY yavaş gelişirse, hastalar spesifik semptomların farkına varmadan aktivitelerini kısıtlayabilirler. Bu nedenle, hem hastanın semptomlarını hem günlük aktivite toleransını saptamak (fonksiyonel kapasite) önemlidir (18,31,41). Fonksiyonel sınıflamayı belirlemek için, Goldman, Duke Aktivite Durum İndeksi ve Veteranın Spesifik Aktivite Anketi kullanılabilir (41).

Bunların dışında New York Heart Association (NYHA) tarafından kalp hastalarının semptomları ile bu semptomları ortaya çıkarmak için gereken efor miktarının temel alındığı bir sınıflandırma yapılmıştır.

Şekil 4. Kalp Yetersizliğinde fonksiyonel değerlendirme amacıyla kullanılan New-York Heart Association (NYHA) Sınıflaması

Sınıf I	Fizik aktivitede kısıtlılık yoktur. Normal fizik aktivitelerde nefes darlığı, yorulma ya da çarpıntı gibi herhangi bir yakınma yoktur.
Sınıf II	Fizik aktivitelerde hafif kısıtlılık vardır. Olağan fiziksel aktiviteler sonucunda nefes darlığı, yorulma ya da kalp çarpıntıları gibi yakınmalar ortaya çıkar. İstirahatte semptom yoktur.
Sınıf III	Fiziksel ativitelerde belirgin kısıtlılık vardır. Günlük hafif bedensel aktivitelerde bile nefes darlığı, yorulma ve çarpıntı şikayeti ortaya çıkar. İstirahat halinde şikayet yoktur.
Sınıf IV	Fiziksel ativiteler ileri derecede kısıtlanmıştır. Her türlü fizik aktivitede nefes darlığı, yorulma, çarpıntı ortaya çıkar. İstirahatte bile şikayetler devam eder (6,19,25,30,31,32,35,43).

2.10. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNİN FARMAKOLOJİK TEDAVİSİ

KKY tedavisinin amacı, semptomları kontrol altına almak, yaşam kalitesini yükseltmek ve yaşam süresini uzatmaktır.

KKY ilaçlarının büyük yararlarına rağmen, yaşlı hastalarda KKY nedeniyle hastaneye yatış ve yeniden yatış hala yüksektir. Hastaneye yatış nedenleri; çevresel etkiler, psikososyal ve ekonomik etkilerin yanısıra, diyete ve ilaçlara uyumsuzluk gibi etkenlerdir (44).

Son dönemde yapılan klinik araştırmalarda KKY olan hastaların semptomların tedavisinde üçlü yaklaşımdan söz edilmektedir (2, 15,19,23,30,31,32). Bunlar;

- ◆ Diüretikler,
- ◆ Angiotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) inhibitörleri ve
- ◆ Dijitalerdir. Genel olarak KKY'nin farmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar şunlardır;

- ◆ Diüretikler
- ◆ ACE inhibitörleri
- ◆ Kardiyak glikozidler
- ◆ Vazodilatör ajanlar
- ◆ Beta blokerler
- ◆ Dopaminerjik ajanlar
- ◆ Pozitif inotropik ajanlar
- ◆ Antikoagülanlar, antiagreganlar
- ◆ Antiaritmikler
- ◆ Oksijen.

2.10.1. Diüretikler: Kalp yetersizliği tedavisinde ilk adımdır. Sıvı yüklenmesi belirti ve bulguları olduğunda, diüretiklere hemen başlanılır (11).

Diüretikler; renal tubulustardaki spesifik bölgelerde gerçekleşen sodyum ve klor reabsorbsiyonunu inhibe ederek, KKY olan olgularda sodyum ve buna bağlı olarak su tutulmasını önlemektedirler. Bu amaçla, loop diüretikleri (frose mide), tiazide diüretikleri (metolazone), aldosterone antagonisti (spironolactone) kullanılır (11,36,37).

Diüretik kullanan hasta ve ailesine hemşire; günlük kilo izlemi yapmasını, baş dönmesi olursa yavaş hareket etmesini, potasyumu azaltan diüretikler alıyorsa potasyumdan zengin yiyecek almasını, potasyum tutucu diüretikler alıyorsa yüksek potasyumlu tuz içeriklerinden kaçınması gerektiği, bir haftada 2.5 kg'dan fazla kilo kaybı olursa, aşırı susama, ciddi baş dönmesi, kas güçsüzlüğü, kramp, düzensiz nabız ve bulantı kusma meydana gelirse hekim/hemşireye haber vermesi gerektiğini söyler (5).

2.10.2. Angiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE): Anjiotensin I'den anjiotensin II oluşumunu inhibe ederken diğer taraftan da bradikinin yıkımını azaltır. ACE inhibitörleri sonuçta, preload ve afterloadı düşürür, kalp performansını düzeltirler. Hafif negatif inotropik etkileri vardır.

KKY'nde yaşamı uzatmada birinci sınıf ilaçlar olarak vazodilatörler gösterilmektedir. Tüm vazodilatörler ölüm oranını azaltmada ACE inhibitörleri kadar etkili değildir. ACE inhibitörleri KKY ilerlemesine neden olan nörohormonal aktivasyona karşı en etkili ilaçtır (31,37).

Hemşire, ACE inhibitörü alan hasta ve ailesine; baş dönmesi olduğunda, bulunduğu yerden yavaş kalkması, sıcak banyo ve duşta, potasyum içeriği yüksek olan tuz eklemelerinden kaçınması, sürekli baş dönmesi veya baygınlık; kuru öksürük, dil, dudak veya yüz ödemi geliştiğinde hekime/ hemşireye bildirmesi gerektiğini açıklar (5,7).

2.10.3. Dijital: Vagus liflerindeki Na⁺-K⁺ATPase enziminin inhibisyonu kardiyak baro reseptörleri duyarlı hale getirerek, merkezi

sinir sisteminde sempatik uyarıları azaltmakta; böbreklerdeki Na⁺-K⁺ATPase enziminin inhibisyonu, renal tubuler sodyum reabsorbsiyonunu azaltmakta, distal tubuluslara geçen sodyumun miktarındaki artış da renin salınımını inhibe etmektedir (3,19,36).

Dijital sodyum-potasyum pompasını inhibe ederek sodyum kalsiyum değişimini aktive eder ve hücre içi kalsiyum miktarını artırır. Bu yolla miyokardın kontraktilesi artar ve pozitif inotropik etki ortaya çıkar (19,34,37).

Dijital kullanan hasta ve ailesine; öncelikle nabız sayması öğretilir. Nabız hızı 60'ın altında 100'ün üzerinde ve düzensizse, ilacı almadan önce hekime/hemşireye danışması, etki dozu ve yan etkilerini, ilaç toksisite belirtileri varsa (bulantı kusma, renkli görme vb.) hemen ilacı kesip hekim/hemşiresini araması, dijital preparatı ile birlikte antiasit almaktan kaçınması gerektiği anlatılır (5,24,45).

2.10.4. Vazodilatörler: ACE inhibitörlerini tolere edemeyen hastalarda vazodilatasyon sağlamak için hydializine-isosorbite denitrat kombinasyonu kullanılır. Bu ajanlar, düz kas damarlarında doğrudan dilatasyon yaparak etki etmektedirler (45,46).

Venöz ve arteriolar vazodilatörler sol ventrikül sistolik disfonksiyonu olan hastalarda kalp dolum basıncını azaltır ve atım volümünü artırır (18).

Vazodilatörler vazodilatasyon yaptığı için, hemşire hastanın kan basıncını değerlendirmelidir. Hemşire, öncelikle hasta ve ailesine kan basıncını ölçme tekniğini öğretmelidir. Hastanın kan basıncı düşük olduğunda, yataktan yavaş kalkması, sıcak hava, sıcak banyo ve alkol almaktan sakınması gerektiği açıklanır.

Gastrik iritasyonu azaltmak için süt ya da yemeklerle birlikte alınması gerektiği (45), aynı zamanda; baş ağrısı, çarpıntı, nazal konjesyon gibi yan etkileri olduğu açıklanır (34).

2.10.5. Beta-blokerler: Ejeksiyon fraksiyonunu düzeltir, ventrikül hacimlerini küçültür, atım basınçlarını artırır ve güç/hız dengesini normalleştirirler (3). Klinik olarak stabil hafif ve orta derecede kalp yetersizliğinde, non-iskemik nedenli yetersizliklerde daha etkilidir (2). Beta-blokerler, sol ventrikül fonksiyonları ve boyutları üzerine olan etkisi çok olumludur. Beta-blokerler; bradikardisi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım ve diyabeti olan hastalarda kullanılmamalıdır (17,34,47).

Beta-bloker kullanan hasta ve ailesine hemşire; hastanın nabızı istirahat halinde 50-55 atım/dakikanın altında olduğunda hekim/hemşireye haber vermesi gerektiğini açıklar (45).

2.10.6. Kalsiyum Kanal Blokerleri: Yapısal ve farmakolojik olarak, birbirinden farklı üç sınıf ilaçtan oluşmaktadır. Bu farklı sınıflardaki kalsiyum kanal blokerleri ortak farmakolojik etki mekanizması, L-tipi kanalları bloke ederek hücre içine Ca^{++} girişini azaltmaktadır (3).

Bu ajanlar, negatif inotrop etkileri ve nörohormonal aktivasyon yapmaları nedeniyle sistolik kalp yetersizliği olan hastalarda genellikle kontrendikedir (2,46). İkinci jenerasyon, vasküler-selektif dihidropiridin kalsiyum antagonistlerinin negatif inotrop etkileri yoktur ve bunların etkileri vazodilatörlere benzemektedir (37).

Hemşire hasta ve ailesine; ilacın yan etki olarak baş ağrısı, yorgunluk, baş dönmesi yapabileceğini açıklamalıdır (45,47).

2.10.7. Antikoagülanlar: Sol ventrikül disfonksiyonu olup, sinüs ritminde olan hastalarda antikoagülasyonun yeri konusunda belirsizlik sürmektedir. Dilate kardiyomyopati hastalarının dilate kalp boşluklarından, asinerjiye neden

olan bölgesel kasılma bozukluklarından, azalmış kontraktileden ve atriyel fibrilasyona eğilimlerinden ötürü tromboembolizme yatkınlıkları artmıştır. Buna rağmen antikoagulan tedavisi; kalp yetersizliği ile birlikte atriyel fibrilasyonu olan hastalara, emboli hikayesi ya da intrakardiyak emboli varsa önerilmektedir (4,11,18,46,47).

Hemşire hasta ve ailesine bilgi vermelidir. Bunlar;

◇ İlaçların özellikle gastrointestinal kanama ve diş eti kanaması yaptığını,

◇ Yumuşak diş fırçası kullanmasını,

◇ Elektrikli traş makinesi kullanmasını,

◇ Diş hekimi, cerrah gibi başka bir hekim muayenesine gittiğinde antikoagulan kullandığını söylemesini,

◇ Kusmuk, idrar, feçeste kan ve aşırı mentsrüel kanama olduğunda,

◇ Ciddi eklem, karın ve sırt ağrısı olduğunda hekim/hemşiresine haber vermesi gerektiği açıklanır (4,24,45).

2.11. NONFARMAKOLOJİK GİRİŞİMLER

Farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerin amacı; kalp yetersizliğine neden olan hastalığın önlenmesi, KKY oluştuktan sonra hastalığın ilerlemesinin önlenmesi, semptomların azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve yaşam süresinin uzatılmasıdır (2,24).

KKY tedavisinde farmakolojik bakımın yanısıra nonfarmakolojik girişimler de gereklidir (48). Nonfarmakolojik yaklaşımların başlıcaları; hastalık yönetimi, hasta ve ailesinin eğitimi, kilo kontrolü, ideal kilonun sağlanması ve korunması, kötü alışkanlıkların düzeltilmesi (sigara ve alkol), diyet ve egzersizdir. Nonfarmakolojik girişimler, bu konuda spesifik eğitim hemşiresinin ve kardiyak rehabilitasyonun olmaması nedeniyle göz ardı edilmektedir. Eğer hasta bir konuda uyumsuz ise (ör. kilo kontrolü) kendisi ile ilgili diğer konularda da (ilaçlarını içmek gibi)

uyumsuz olacaktır (48,49). Bu nedenle hastanın bir konuya bile uyumsuz oluşu önemsizmeli ve gerekli girişimler yapılmalıdır.

2.12. KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNDE HEMŞİRELİK BAKIM YÖNETİMİ ve HASTA EĞİTİMİ

Kalp yetersizliği tek bir hastalık olmayıp, kronik bir sendromdur ve hasta/ailesi bu durumla başa çıkmalıdır. Aynı zamanda hastaların yaşam kalitesi de, diğer pek çok kronik hastalıktan daha kötüdür. Kalp yetersizliği kompleks olduğu için, hastaların bakımı güçtür. Çünkü tanı konulduktan sonra da hastalık ilerlemeye devam etmekte ve aynı zamanda ani ölüm tehdidi de varlığını korumaktadır (49).

KKY, farmakolojik ve nonfarmakolojik yönleriyle multidisipliner ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu ekip; primer hekim, konsültan kardiyolog, gerontolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, farmakolog, psikolog, diyetisyen ve egzersiz terapistinden oluşmaktadır. Genellikle kalp yetersizliği yönetim programlarında, bir hekim ve onunla işbirliği içinde olan hemşire, diğer ekip üyeleri arasında iletişimi sağlar. Multidisipliner grubun yanısıra hemşire; hasta bakımı, eğitim ve KKY'nde özbakım uygulamalarını da sürdürür (24,44). Ekibin amaçları ise; kalp yetersizliği hakkında (tedavi, diyet, ilaç, fizik egzersiz vb.) uygun eğitimi belirlemek ve uygulamaktır (7,24).

Hemşire; KKY'nin yönetiminde, fiziksel kondüsyon ve tıbbi tedavi ve bakımın yanı sıra hastanın yaşam tarzını da değerlendirir. Bireyin, yaşı, mesleği, kişiliği, aile ortamı, motivasyonu, tedavi ve bakımda işbirliği isteğini ve yanıtını göz önünde bulundurur.

KKY tanısı konulduğunda, önleyici bakımın amacı, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak olmalıdır. Farmakolojik tedavi, diyet ve egzersiz bakımın en önemli parçasıdır. Hemşire, öncelikle hastanede hastanın tedavi ve bakıma yanıtını izler. Sonraki izlemlerde ise, önerileri evde bakıma yönelik olur (50).

Hasta danışmanlığı ve eğitim; hasta uyumunun geliştirilmesinde, taburculuğun planlanmasında ve ileride hastanın stabil kalmasına katkıda bulunmaktadır (51). Hasta eğitimine, hasta daha hastane ortamında iken başlanmalı ve hasta taburcu olduktan sonrada birkaç hafta ev ziyaretleri sırasında eğitim devam ettirilmelidir (23).

Eğitim farklı uzmanlık alanlarındaki konuların sunulması için, disiplinlerarası iş birliği ve ekip çalışmasını gerektirmektedir.

Eğitim programları ya da destek grupları, KKY olan hastaların rutin bakımlarının bir bölümü olmalıdır (11,49). Eğitim ve danışmanlık uyumun geliştirilmesine yardımcı olmakta aynı zamanda özbakım davranışlarını da (kilo izlemi, dinlenme ve uyku gibi) artırmaktadır (51,52).

Eğitim planında hasta/ailesinin öz bakımı, hemşire tarafından değerlendirilmelidir. İçerik, hastanın eğitim düzeyi, sağlık sisteminde önceki deneyimleri, yaş, meslek, kültürel yapısı ve genel yaşam biçimi hakkında toplanan bilgilerle belirlenmelidir (7,28).

Bu doğrultuda hastanın eğitim gereksinimlere karar verilir. Öncelikle kalbin yapısı ve fonksiyonu ile eğitime başlanır ve hastalığın süreci, nedenleri ile eğitim sürdürülür. Daha sonra sırasıyla kalp yetersizliğinin yönetimi (ilaçların kullanımı, istirahat, diyet, aktivite, dinlenme vb) ve gerekli beceriler öğretilir (3,5,7). Bunlar;

2.12.1. İstirahat: KKY hastalarına istirahat önerilmemektedir. Fakat akut ya da KKY'nin dekompanse olması durumunda fiziksel istirahat gereklidir. KKY olan hastaların istirahat etmeleri gerekmesine rağmen, devamlı istirahat etme halinde diğer kaslarda olduğu gibi kalp kasında da kondüsyon kaybı olur. Bu nedenle ve yatak istirahatinin diğer komplikasyonlarını önlemek için, yatak içinde pasif egzersizler uygulanmalıdır (3).

2.12.2. Aktivite ve Egzersiz: Egzersiz endotel fonksiyonunu iyileştirerek, periferal yanıtları artırarak ve nörohormonal aktivasyonu azaltarak kalp hastalığının progresyonunu önlemek için uygulanmaktadır. Egzersiz yapmak, egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (18,24,53).

Kondüsyonlarının yeterince iyi olmadığı korkusu ve endişesi hastaları iyice hareketsiz yapmaktadır. Düzenli aktiviteyi sürdürmek için, hastanın yürüme gibi düzenli egzersizlere katılması sağlanır. Bireyin ilgisine göre egzersiz planlanır (Egzersizden 30 dakika önce hekimin reçete ettiği nitrat verilir).

Belirlenmiş aktivite sınırlılıkları vardır. Örneğin, hastanın dispne ve bacaklarında yorgunluğu varsa, tam gün yerine yarım gün çalışmaları sağlanabilir.

Hastanın enerjisini korumak gereklidir. Enerji korunarak günlük aktiviteleri nasıl planlayacağı açıklanır. Yorulmaya başladığında yaptığı işe son vermesi söylenir. Yorgunluk yaygın bir şikayettir ve kalp debisinin düşmesi sonucu iskelet kaslarına yeterli perfüzyonun olmaması nedeniyle meydana gelmektedir (54,55,56,57,58).

2.12.3. Diyet Değişiklikleri: Düşük tuzlu diyet, KKY'nin ilerlemesini etkili bir biçimde engellemektedir. Tuz kısıtlamasına uyulmalı ve kalp yetersizliği diyetinde günlük 2 gr tuz alınmalıdır. Hazır gıdalar (ör. Patates cipsi, konserve) tuz içerdiği için, bu ürünlerden kaçınması gerektiği açıklanır (48,55,58,59). İlerlemiş kalp yetersizliği vakalarında ise tuzun daha da azaltılması gerekir (<2gr tuz) (5,29,60,61).

Yeterli beslenme sürdürülmelidir. Bazı hastalar yiyecekleri sevmeme, tuzsuz diyet ve diüretik tedavisine bağlı olarak kilo kaybederler. Bu nedenle beslenme büyük önem taşır. Öncelikle alınan besin miktarı az olmalı, sık aralarla beslenme sağlanmalı ve aynı

zamanda aldığı çıkardığı takibi de yapılmalıdır. Sindirim işlevi, kalbin yükünü önemli ölçüde artırdığından besinlerin iyice çiğnenerek ve az miktarda alınması gerekir. Öncelikle yağlar önemli ölçüde kısıtlanmalıdır. Beslenmede tuz sınırlaması uygulandığında idrarla atılan su miktarı artar, ödem kaybolur ve kalbin yükü azalır (55,57,62).

2.12.4. Kilo Kontrolü: KKY hastaları, günlük olarak (7,23,28,34,43,46,56) ya da en az haftada iki kez kendi kilolarını tartmalı ve bu ölçümleri kaydetmelidir. Aynı zamanda sakrum, ayaklar, bilek eklemleri, ve tibia üzerinde ödem varlığını gözlenmelidir. Ani kilo alması durumunda (günde 1-2 kg) hemen hekim/hemşiresine başvurması gerektiği söylenmelidir (43,58,63).

2.12.5. Dinlenme ve Uyku: Dinlenme ve uyku çok önemlidir. Dinlenme boyunca kalp yavaş çalışır ve gevşer. Kısa dinlenme dönemlerinde vücudun pozisyonu değiştiği için dinlenme, uyku kadar önemlidir (7).

Uyku çok önemli olmasına rağmen, dispne nedeniyle pekçok KKY olan hastalar gecelerin en kötü zaman olduğunu düşünmekte ve uyanamama korkusu ile uyumaktan korkmaktadırlar.

Uyku bozukluğunu en aza indirmek için diüretik dozu ayarlanmalı, diüretiğin ikinci dozunu en geç öğleden sonra ya da akşam erken saate almalıdır. Gece yüksek yastıkta yatmalı, yatmadan önce meditasyon, dinlendirici müzik, kendi kendine hipnoz ya da dua etmek anksiyeteyi azaltabilir. Eğer bu girişimlere rağmen uykusuzluk sürüyorsa hekimle görüşülerek ilaç yazması istenebilir.

KKY semptomlarının neler olduğu ve nasıl önleyeceği öğretilir. Aşağıdaki değişiklikler olduğunda **hekime/hemşireye haber vermesi** açıklanır.

- Dispne artmışsa, özellikle uykudan uyandıran ve yataktan kaldıran nefes darlığı varsa,

- Günde 1-2, haftada 3-5 kilo almışsa,
- Bacaklarda ve ayak bileklerinde şişmeler olmuşsa,
- Öksürükte sürekli artış oluyorsa,
- Günlük rutin işleri yaparken bile kolayca yoruluyorsa,
- Nabızla ilgili düzensizlik hissettiğinde ya da çarpıntı varlığında,
- Kullandığı ilaçlarla ilgili bir yan etki ortaya çıktığında (64).

İlaçların etki, yan etki ve kullanışları açıklanır. Komplike ilaçları hasta anlamayabilir. Bu nedenle problemleri azaltmak için, ilaç planı yazılı halde hasta/aileye verilmelidir (28,43,57,58).

2.12.6. Isı: Aşırı çevre ısı (çok sıcak ve çok soğuk) kalbin stresini artırır. Aynı zamanda yaşın artması ile birlikte vücudun sıcak ve soğuğa toleransıda azalır. Bu nedenle KKY olan hasta, ani ısı değişikliklerinden sakınmalıdır (7,54).

2.12.7. Sigara ve Alkol: Aşırı sigara içme kalp yükünü artırır. Kalp kasına kan akımını azaltır, gerekli besin ve oksijen sağlanamaz. Aynı zamanda damarları daraltarak, artmış damar basıncına karşı kalbin pompalamasını zorlaştırır (7). Alkol dilate kardiyomyopatinin önemli nedenlerinden biridir ve alkol ileriki dönemlerde sol ventrikül fonksiyonu başka nedenlerle deprese olduğu zaman fonksiyon bozukluğuna neden olmaktadır (59,61). Bu öneriyi destekleyecek çalışmalar olmasa da, alkol kullanmaktan kaçınmalı eğer kullanıyorlarsa haftada iki kez bir kadeh alkol ile sınırlandırılmalıdır (5,43,61,62,65,66).

2.12.8. Diğer: Yaşam tarzındaki değişikliklerle baş etmeye yardım edilmelidir. Kişi beden imajındaki, aile ve sosyal rollerindeki ve parasal değişikliklerden korkabilir. Gerçekçi hedefler planlanmalıdır. Aksi halde hasta hayal kırıklığına uğrayabilir. Ümitlerini kaybetmemesi için; duygularını kontrol etmeyi, yeterli olmayı ve öz saygısını sürdürmesi konusunda cesaretlendirilmelidir (4,7,56).

2.13. BİREYSEL UYUM

KKY'nde başarılı bir terapötik bakım planını uygulama; hastanın katılımına ve bakımda önerilen stratejilere ve tedavi rejimine uyuma bağlıdır. KKY'nde tedavi planına uyumsuzluğun, kalp yetersizliğini ilerlettiği ve yaygın olduğu bilinmektedir. KKY nedeniyle hastaneye yeniden yatışların en büyük sebebi ilaç ve diyet planına uyum azlığıdır (51). Hasta önerilen ilaçlara, diyete, aktivite sınırlamasına uymazsa prognoz kötüleşebilir (25,29). Bu nedenle hastaların, hastalığının ciddiyetine inanması sağlanmalı ve bireysel izlemlerini yapmalarının önemi açıkça anlatılmalıdır. Eğer KKY'nin kötüleşmesine neden olan ilaca, diyet ve bireysel izleme uyumsuzluk gibi davranışsal faktörler düzeltilirse, hastaneye yeniden yatışlar da önlenmektedir (44,67).

Dewald'ın (68) 101 hasta ile yapmış olduğu kalp yetersizliğinin yönetimindeki genel eğilimleri belirleyen çalışmasında, diyete uyumsuzluk nedeniyle semptomların kötüleşmesiyle %22 oranında yeniden hastaneye yatış olduğu görülmüştür.

1970 yılında ilk kez uyum, hastaların gösterdiği aktüel davranış olarak tanımlandı. Fakat Hayles ve Sackett uyum araştırmalarına 1970 yılından önce başlamıştı ve uyumu; bir kişinin ilaçları kullanma ya da sağlık önerilerine uyma davranışı şeklinde tanımladılar. Uyum sadece hastanın sorumluluğu olmayıp, hasta ve sağlık ekibi arasında etkileşimin bir ürünü ya da sağlık bakım modelinde ortak katılım (multidisipliner) olarak meydana gelmektedir (69).

Bireylerin hastalığını anlaması, kendi bakımlarını planlaması için gerekli, aynı zamanda karar ve gelecek planlarını yapmaları için prognoz hakkında doğru bilgi almaları hayati önem taşımaktadır. Eğer birey hastalığı ve yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip değilse, uyumsuzluk gösterebilmektedir (11).

Hasta uyumunu geliştirmek için;

- Eğitim toplantılarına hasta/ailesinin yanısıra sağlık bakım ekibi de katılmalı,
- Verilen bilgiyi pekiştirmek için zaman verilerek, hasta soru sormaya teşvik edilmeli,
- Sağlık bakım ekibi; randevu tarihlerini, ilaçların kullanımını, diyet kısıtlamalarını ve semptomlarını nasıl kayıt edeceği yazılı formlar halinde hastaya vermeli,
- Her izlemde yazılı kılavuzları anlayıp anlamadığı tekrar gözden geçirilmeli ve uyum değerlendirilmeli,
- Hasta eğitiminde tartışılan konular, yazılı matbu halde hasta/ailesine verilmelidir (70).

Uyumsuzluğun farkında olunmalı, uyumsuzluk nedenleri, uyumun önemi ve uyum için engelleri düzelterek hastalara nasıl yardım edilmesi gerektiğini (ör, fiyat, ilacın yan etkisi ve tedavinin karışıklığı) sağlık bakım ekibi, hasta/ailesiyle tartışılmalıdır (11,49). Primer hekim, etkili olan ilaçları seşmeli, eşlik eden başka bir hastalık varsa tedavi edilmelidir. Hastalar tedavi edilmediği zaman, riskleri yönünden de bilgilendirilmelidir. Hastaların, hastalıkları konusunda aktif rol oynamaları, tedaviye uyumu düzeltmektedir (71).

Özellikle hastalar evde kendi bakımlarında, tıbbi tedaviye uymada başarısız olmaktadır. Bunların nedenleri; yapacaklarını anlamama, tıbbi tedaviyi izlemeyi unutma, birden fazla ilaç kullanma, tedavinin yararına inanmama ve maliyettir. Girişimler planlanırken bu engeller göz önünde bulundurulmalıdır (72).

Hasta uyumunda hekim ve hemşirenin tutumunun da önemi büyüktür. Hastanın yaşam tarzına uymayan, dolayısıyla uygulamayı reddedeceği, sürdürmesi mümkün olmayan katı diyetler önerilirse hasta bu diyeti uygulamayacak, hatta bazen tedaviyi de tümünden reddedecektir.

Bu nedenle diyet planı hastanın özellikleri göz önüne alınarak bireysel olarak planlanmalıdır (11,51,65,67,72,73).

2.14. HEMŞİRELİK MODELLERİ

Model, onu ifade eden şeyleri anlamamıza yardımcı olan bir simgedir. Gerçek olmayan, fakat mümkün olduğunca gerçeğe uygun şekilde onu temsil eder.

Modeller, fiziksel ve soyut olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Fiziksel modeller öğretilip ve değiştirilebilmektedir. Soyut modeller ise, görülmez, manipüle edilemez ancak üzerinde düşünülebilir. Hemşirelikte kullanılan modeller soyuttur. Bu modeller özenli bilimsel araştırmalarla, mantıksal olarak meydana getirilmekte ve hasta bakımının geliştirilmesinde aktif olarak kullanılmaktadır.

Bir hemşirelik modeli, inançlar, değerler, kavramlar ve bunlar üzerine kurulan kuramlar oluşturmayı amaçlayan düşüncelerden meydana gelir. Hemşirelikte kullanılan bir çok model vardır (74). Bu modellerden birisi olan Sağlık İnanç Modeli de bireyleri, hastalıkları konusunda duyarlılaştırmakta kullanılmaktadır (12,13).

2.14.1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (SİM)

Sağlık İnanç Modeli bugün yaygın olarak kullanılan, sağlık problemlerinde davranış bilimlerinden uyarlanmış teoremin ilk modellerinden biridir. 1950 yılında Amerika'da Rosenstock tarafından geliştirilmiş ve kişiyi sağlığına ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yöneliktir. Halk sağlığı servislerinde özellikle hastalığı önlemek ve erken fark etmek için bireyin yaygın yetersizliğini ortaya çıkarmada, açıklayıcı bir model olarak sunulmuştur. Aynı zamanda, bireyin olası önleyici girişimleri, girişimlerin yararlarının ve engellerin algılanmasını da kapsamaktadır (12,75).

Bu model kullanılarak, hastalar hastalıklarına karşı duyarlı hale getirilebilir ve sonucunda olumlu davranış değişikliği geliştirebilirler (12,13).

Şekil 5. Sağlık İnanç Modeli

Genel Kavram	Tanım	Uygulama
Algılanan Hassasiyet	Mevcut durumun değiştirilebilirliği hakkındaki düşüncesi.	Bir bireyin özellikleri ya da davranışına dayanan riskin bireyselleştirilmesi. Eğer çok düşükse algılanan hassasiyetin yükseltilmesi.
Algılanan Ciddiyet	Birinin bir koşulun ne kadar ciddi olduğu ile ilgili düşüncesi ve önem sırası.	Risk ve durumun önem sırasının belirlenmesi.
Algılanan Yararlar	Risk ya da etkinin ciddiyetini azaltmak için tavsiye edilen eylemin etkisi hakkında kişinin düşüncesi.	Atılacak adımın belirlenmesi. Nasıl, nerede, ne zaman; beklediği pozitif etkilerin açıklanması.
Algılanan Engeller	Bireyin önerilen eylemin hissedilir ve psikolojik etkileri hakkında düşüncesi.	Yardım, teşvik ve garanti verilmesi hakkındaki engellerin belirlenmesi ve azaltılması.
Eylemin Sonu	Hazır oluşluk için eylem stratejileri.	Bilginin nasıl olduğu, farkındalığın ve hatırlatıcı şeylerin geliştirilmesi.
Öz-Etkililik	Bireyin eylem yapacağından emin olmak.	Eylemin yapılması için rehberlik ve eğitimin verilmesi.

Stone SC, MCGuire SL, Eigsti DG: Comprehensive Community Health Nursing. Mosby Company, St.Louis, 2002; 386-387.

Bu modelde ilk önce, bireyin hastalığa yatkınlığını (hassasiyet) algılaması önemlidir (Örn, bireyin koroner hastalığa ailesel yatkınlığının

tanımlanması). Hastalığa yatkın ve semptom gösteriyorsa, önerilen davranışı kolayca uygulayabilir.

İkinci aşamada, birey semptom göstermiyorsa ve yatkınlığı varsa, bu yatkınlığı algılaması sağlanır. Birey soygeçmişinden etkilenmektedir. Özellikle ailesinden birinin, örneğin MI'nden ölmüş olduğu hatırlatıldığında, birey kalp hastalığı riski olduğunu daha iyi kavrar. Bunların yanısıra kişinin algısı, demografik değişkenler ve medya tarafından da etkilenmektedir. Bunların sonucunda birey hastalığı kendi açısından değerlendirebilir ve ciddiyetini algılar.

Üçüncü unsur ise, bireyin eylemin engelleri (yaşam şeklindeki değişiklikler, tıbbi tedavilere artmış bağımlılığı) ve eylemin yararlarını algılamasıdır.

Sonuçta birey hastalığının tedavisinin ve profesyonel girişimlerin yararlarını algıladığı, hastalığa yakalanma riskinin yüksek olduğu, hastalığın ciddi olduğuna, tedavinin etkili olacağına ve tedaviyi uygulayabileceğine inandığı zaman, sağlık davranışlarında değişiklik meydana getirebilir (12,75,76,77).

Sağlık İnanç Modeli toplum sağlığını korumaya yönelik birçok programda kullanılmıştır. Bunlar tüberküloz, meme kanseri ve MI gibi hastalıklardan korunmaya yöneliktir. Özellikle bu model kardiyovasküler hastalığı olan birey ve aileleri hastalıklarına karşı duyarlılaştırmak için kullanılmıştır. Eğer birey ve ailesi kardiyovasküler risk faktörleri hakkında duyarlılığı artarsa risk azaltıcı davranışlar (sigarayı bırakma vb.) gösterebilir (12,13). Sonuçta bu koruyucu davranışlarla kardiyovasküler hastalıklar azalır ve dolayısıyla kalp yetersizliğinin morbiditesi de azalabilir. Aynı zamanda kalp yetersizliği olan bireyin, hastalığı hakkında ki inancı algıladığı yarar ve engellere göre hastalık yönetimini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecektir.

İnançlar; yaşanan toplumda yüzyıllardan beri benimsenen, kuşaktan kuşağa aktarılan, doğru ya da yanlış denenmeden körü körüne kabul edilmiş geleneksel bilgilerdir (örn, hekimin önemine inanmama). Olumsuz inançları olumlu yönde değiştirmenin kolay olmadığı, bununla birlikte tutum ve davranışları etkileyen pek çok etkenin de olduğu unutulmamalıdır. Bu etkenlerden birisi güdüdür. Günü kişinin istek ve gereksinimlerinden kaynaklanan, deneyimleriyle değişebilen, tutum ve davranışlarına yön veren tepkilerdir (12,13). Kişinin inançları ve güdüsü gözönünde bulundurularak, kişinin olumsuz deneyimleri olumlu hale getirilebilir.

2.15. İLACA UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (İUHIÖ), DİYETE UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (DUHIÖ) VE BİREYSEL İZLEME UYUM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (BIUHIÖ)

Amerika Birleşik Devletleri Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda 2000 yılında SJ.Bennett ve arkadaşları tarafından İUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'ü Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli, sağlık davranışlarını (kendi kendine meme muayenesi, diyetle kolesterolü azaltma gibi) geliştirmede rehber olarak kullanılmıştır. Bu nedenle İUHIÖ ve DUHIÖ'ü Sağlık İnanç Modeline dayandırılmış, İUHIÖ ve DUHIÖ'nde algıladığı yarar ve engeller sırasıyla planlanmıştır. İUHIÖ ve DUHIÖ iki çalışmada kalp yetersizliği hastalarına uygulanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ve kullanılabilir olduğu belirlenmiştir. BIUHIÖ ise bireyin günlük kilo ve ödemi izleme ile ilişkili davranışları değerlendirmek için daha sonra geliştirilmiştir (14,78).

İUHIÖ ve DUHIÖ maddeleri, kalp yetersizliği hastalarının söylediği, semptomlar ve hastaneye yatmaya yol açan nedenler olarak tanımlanan problemleri vurgulamaktadır. Bu problemler tıbbi uyumu kapsar, özellikle diüretik tedaviye ve tuz kısıtlı diyete ve kendini izleme davranışlarını izleme uyumudur. Bu doğrultu da uyum için algılanan

yarar ve engeller, girişimlere rehber olabilecek değerlendirme için planlanmıştır (78).

2.16. PSİKOMETRİK KURAMA GÖRE ÖLÇEKLER

2.16.1. GEÇERLİK (VALIDİTY)

Bir ölçme aracı ile ölçülmek istenen özelliğin ölçülerini, başka özelliklerin ölçüleri ile karıştırmadan elde edebilme derecesidir (79). Ölçeğin çok doğru ölçümler yapması, onun istenileni tam olarak yaptığını kanıtlamaz. Geçerlik de güvenilirlik gibi var yok olayı değil, bir derecelendirme olayıdır. Ölçeğin geçerliği, yüksek, orta ve düşük olarak nitelenebilir (80).

Psikometrik kurama göre geçerliğin üç temel anlamı vardır (81,82)

2.16.1.1. Kapsam/İçerik (Content/domain) Geçerliği: Ölçeğin, ölçülmek istenen tutumun temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını inceler (80) ve ilgisiz olan faktörlerin etkisinden arınık olmasını anlatır (82). Ölçeğin kapsayıcılığını sınamak için genellikle ölçeğin konusu ile ilgili uzmanların görüşleri ile bu konuda yapılmış kuramsal çalışmalardan yararlanır (81). Kapsam geçerliği daha çok performans testlerinin değerlendirilmesinde gözönünde tutulan ve diğerleri kadar istatistiksel incelemeye dayanmayan bir geçerlik türüdür (81).

2.16.1.2. Kurultu /Yapı (Construct) Geçerliği: Bir ölçeğin kurultu geçerliğini incelemeye yönelik yöntemler arasında, kuramsal açıdan ilişkili ölçeklerle gösterdiği uyuşmaya bakmak (convergent validity), ilintisiz ölçeklerle uyuşmazlığı ya da ayrışmasına bakmak (divergent validity), faktör yapısını incelemek (faktörial validity) sayılabilir. Ayrıca bir ölçeğin iç tutarlığı da kurultu geçerliğine ilişkin bir gösterge olarak kabul edilmekte ve güvenirliliğin geçerlik için gerekli koşul olduğu belirtilmektedir (81).

Eğer araştırmacı tarafından alt ölçek içerikleri ya da faktörlerde yer alması gereken maddeler kesin olarak biliniyorsa, bu araçlara faktör çözümlenmesi uygulamak gerekmez (80).

2.16.1.3. Ölçüt (Criterion)/Yordama (Predictive) Geçerliği: Bu geçerlikte ölçüm aracı ile başka bir ölçüt arasında ilişki kurmaktır (80,81). Ölçek geliştirilirken kullanılır ve geliştirilmekte olan ölçekten başka bir ölçek bulup, bu ölçekten elde edilen puanlar ölçüt ölçüsü olarak kullanılır. Eğer geliştirilmiş bir ölçek varsa ve geçerli olduğu belirlenmişse, yeni bir ölçek geliştirmek ekonomik olmaz (79).

2.16.2. GÜVENİRLİK

Güvenirlik bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür (81). Her ölçme aracının taşıması gereken temel özelliktir. Ölçeğin verileri doğru topladığını ve yinelenebilir olduğu bu özelliği belirler (80). Kavramsal ve istatistiksel olarak güvenilirlik, bir testteki gerçek farklılıkların, toplam farklılığa oranıdır (82).

Bir ölçeğin güvenilirlik düzeyini kestirmek için pekçok yöntem vardır. Bunlardan hangisinin izleneceği madde puanlarına, ölçek hakkındaki sayıtlılara, araştırma koşullarına ve amaçlarına bağlıdır (81).

2.16.2.1. İç Tutarlık: Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğini kestirmek için öncelikle, Cronbach (1951) tarafından geliştirilmiş ve kendi adıyla anılan α katsayısının kullanılması gerekir. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin α katsayısı yüksek olur. Cronbach α katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) ölçüsüdür (81).

2.16.2.2. Zamana Göre Değişmezlik: Ölçeğin değişik zamanlardaki yinelenmeli ölçümlerde benzer ölçüm değerleri sağlama özelliği ile ilgilidir.

Test yeniden test yoluyla değişmezlik özelliği değerlendirilir. Bu yöntemle genellikle fiziksel ve teknoloji ile ilgili ölçümler, yazılı ölçekler ve gözlemlerde kullanılır (80). Test yeniden test güvenirliliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücünün bir ölçüsüdür (81).

Test yeniden test kolaydır ve ileriye yönelik güvenirliliği denetler. Bir çok ilgi odağı zamanla değişime uğrar, tutumlar, davranışlar, duygular, bilgiler, fiziksel vb. özellikler iki ölçüm arasında değişebilir. Özellikle iki test arasındaki süre bellek etkisini kaldıracak kadar uzun, iki hafta ile bir ay arasında olmalıdır (80).

Test yeniden test güvenirlilik çalışmalarında sıklıkla Pearson momentler çarpımı korelasyonu gibi güvenirlilik çalışmaları için uygun olmayan istatistikler kullanılmaktadır. Araştırmalarda sık kullanılan Pearson momentler çarpımı korelasyonu, değişkenliği değil ilişkiyi gösterir ve bu nedenle güvenirlilik hesaplamalarında hatalı sonuç verir (83).

Süreklilik özelliği taşıyan verilerde ve niceliksel dereceleme yapılan ölçeklerde, ANOVA (Varyans Analizi) modelinden türetilen Sınıf-içi korelasyon (Intraclass Correlation-ICC) iyi bir güvenirlilik tahmin yöntemidir (83,84). Katsayının yüksekliği, ölçümün değişmezliğini belirler (80,85). Fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0.70 kabul edilebilir düzeydedir (82).

2.16.2.3. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum: Bu güvenirlilik ölçütü, araştırmacının bağımsız ölçümler rasında eşitlik arandığı durumlar için uygulanan bir güvenirliliktir.

a) Değişik gözlemciler tarafından aynı aracın aynı anda aynı olguyu ölçmesi durumu.

b) Birbirine koşut iki aracın aynı zamanda deneklere uygulanması durumudur (80).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma; IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin (14) geçerlik ve güvenilirliğini yaparak, ölçeğin KKY olan hastaların uyum ve inançlarını belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını belirlemek, KKY olan bireylerin hastalık yönetimindeki inanç ve uyumlarını saptamak amacıyla analitik ve tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul İli Anadolu yakasında bulunan Siyami Ersek Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Avrupa yakasında bulunan İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesinin Kardiyoloji polikliniğinde 1 Temmuz 2002 ile 31 Ekim 2003 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın yapıldığı kurum ve etik kurullarından izin alındı (Ek 2).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Siyami Ersek Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi'nin kardiyoloji polikliniğine başvuran KKY olan hastalar, örnekleme ise bu bireyler arasından çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü KKY olan hastalar oluşturdu.

3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- New-York Hearth Assocation'a (NYHA) göre fonksiyonel kapasitesi II-III olan,
- 20-79 yaş arasında,
- En az okur yazar,
- Bilinci açık olan,
- 6 ay önce kalp yetersizliği tanısı konulmuş,
- KKY olan hastalar oluşturdu.

3.5. Araştırma Soruları

♥ İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (IUHIÖ) ülkemizdeki KKY olan hastalarda geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir mi?

♥ Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) ülkemizdeki KKY olan hastalarda geçerli ve güvenilir olarak uygulanabilir mi?

♥ Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BIUHIÖ) ülkemizdeki KKY hastalarda geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilir mi?

♥ KKY olan hastalar hastalığını yönetme kapsamında; diyet, ilaç kullanma ve bireysel izlemleri hakkında kendi inançları hangi yönde ve uyumlu mu?

♥ KKY olan hastalara ağırlık limiti verildiğinde, kilo izlemi ve ödem kontrolü yapmalarını arasında fark var mı?

♥ IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ ile cinsiyet ve medeni durum arasında fark var mı?

♥ IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ ile hastalığı hakkında bilgi durumu, NYHA ve düzenli sağlık kontrolü arasında fark var mı?

♥ IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ ile varolan kronik hastalıklar (hipertansiyon, diabetes , valvüler kapak hastalığı) arasında fark var mı?

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (IUHIÖ), Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) ve Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BIUHIÖ) (Ek 3) ve ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan "Bilgi Formu" (Ek 4) aracılığıyla toplandı.

Çalışmaya katılan bireylere, araştırmanın amacı açıklanarak ve çalışmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri söylenerek, çalışmaya katılanların sözlü onamı alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere, gizlilik ilkesi doğrultusunda verdikleri kişisel bilgilerin araştırmacı tarafından hiç kimseye açıklanmayacağı ve bu bilgilerin başkalarına verilmeyeceği söylendi. Ölçeklerin uygulanması sırasında hasta bireylerde herhangi bir sıkıntı yaşanmadı.

Geçerlik ve güvenirliği test edilen ölçeklerin maddeleri ile ilgili sorulara verilecek yanıtlar değerlendirme sonuçlarına etki edebileceği için ikinci görüşme bitmeden açıklama yapılmadı. İkinci görüşmeden sonra hastalara merak ettikleri ve bilmedikleri konularda bilgi verildi. Bu araştırmaya katılan hastalar, hastalıklarını yönetmede; ilaçlar, diyet ve bireysel izlem konularında bilgi sahibi oldular.

Veriler toplanırken poliklinikte bir odada, hastalarla yüz yüze teke tek görüşme yapıldı. Araştırma soruları hastaya okundu ve katıldığı madde işaretlendi. İlk görüşme 20-25 dakika, ikinci görüşme ise 30-40 dakika sürdü.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (IUHIÖ)

IUHIÖ; bireyin ilaca uyum hakkındaki inancı ölçmekte olup, yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Ölçek Amerika Birleşik Devletleri Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında SJ.Bennett ve arkadaşları tarafından Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirilmiştir. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği 12 maddeden oluşmakta ve 1,2,7,9,10,11. maddeleri kişinin yararı algılamasını, 3,4,5,6,8,12. maddeleri ise engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan, yapılan davranışın yararlarını daha fazla algıladığını göstermekte ve en düşük 6 en yüksek toplam puanı 30'dur. Engeller alt ölçeğinde ki yüksek puan ise, bir davranışı yapmada daha

büyük engelleri algıladığını göstermektedir (14,78). En düşük 6, en yüksek toplam puanı 30'dur. Beşli likert tipi olan ölçek, kesinlikle karşıyım 1 puan, karşıyım 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan, kesinlikle katılmıyorum yanıtına 5 puan verilmiştir. Ölçeğin 9. maddesi ters kodlamadır. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 12 ve aldığı en fazla toplam puan ise 60 tır. Ölçeğin uygulanması 5-10 dakika arasında sürmektedir.

3.7.2. Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ)

DUHIÖ; 12 maddeden oluşmakta, yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Birinci alt boyutu 1,2,3,4,5,11,12. maddeleri ile kişinin yararı algılamasını, ikinci alt boyutu 6,7,8,9,10. maddeleri ile engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışın yararlarını daha büyük algıladığını göstermektedir. En düşük 7, en yüksek toplam puanı 35'dir. Engel alt ölçeğinde ki yüksek puan ise, bir davranışı yapmada daha büyük engelleri göstermektedir (14,78). En düşük 5, en yüksek toplam puanı 25'dir. Beşli likert tipi olan ölçek, kesinlikle karşıyım 1 puan, karşıyım 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan, kesinlikle katılmıyorum yanıtı ise 5 puan verilmiştir. Ölçeğin 2. maddesi ters kodlamadır. Ölçeğin aldığı en az puan 12 ve aldığı en fazla puan ise 60 tır.

Ölçeğin uygulanma süresi 5-8 dakika arasında değişmektedir.

3.7.3. Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BIUHIÖ)

BIUHIÖ; 18 maddeden oluşmakta ve yarar ve engel olmak üzere iki alt boyuta sahiptir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışın yararlarını daha büyük algıladığını göstermektedir. Engel alt ölçeğinde ki yüksek puan ise bir davranışı yapmada daha büyük engelleri göstermektedir (14,78). Birinci alt boyutu 3,5,11,15,16,17. maddeleri ile kişinin yararı algılamasını, ikinci alt boyutu ise

1,2,4,6,7,8,9,10,12,13,14,18. maddeleri ile engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinin en düşük 6, en yüksek toplam puanı 30, engel alt ölçeğinin ise en düşük 12, en yüksek toplam puanı 60'dir. Beşli likert tipi olan ölçek, kesinlikle karşıyım 1 puan, karşıyım 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan, kesinlikle katılmıyorum yanıtı ise 5 puan şeklinde kodlanmakta olup ölçeğin aldığı en az toplam puan 18, en fazla toplam puan ise 90 dır (14).

Bu üç ölçeğin yanında KKY'nde bireysel izlem ve uyum adlı bir form vardır. Evet hayır şeklinde yanıtlar içeren beş soru ve kilosunu haftada kaç kez ölçtüğünü sorgulayan açık uçlu bir soru olmak üzere, 6 sorudan oluşmaktadır.

Ölçeğin uygulaması 10-12 dakika sürmektedir.

3.7.4. Bilgi Formu

Literatür bilgisine dayalı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan form, bireye ilişkin sosyodemografik değişkenleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sigara alkol kullanma durumu, meslek, kiminle yaşadığı, yaptığı işin yorucu olup olmadığı, ekonomik durumu, yaşadığı il, sosyal güvencesi gibi faktörleri) ve hastalığa ilişkin değişkenleri (MET düzeyi, beden kitle indeksi (BKİ), var olan diğer sağlık sorunları, NYHA fonksiyonel sınıflama, kontrol sayısı, acil başvuru ve sayısı gibi, hastalığı hakkında bilgisi) içermektedir .

3.8. Aşama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

Öncelikle İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nin yazarı olan SJ. Bennett ile iletişim kurularak, ölçekleri Türk toplumunda kullanmak için izin alındıktan sonra (Ek 1) dil geçerliği çalışmalarına başlandı.

Ölçek çevirisinde tek yönlü çeviri, komite tarafından yapılan çeviri ve çift yönlü ya da geri çeviri olmak üzere üç yöntem kullanılabilir (86). Geri çeviri yöntemi kültürel olarak denk bir ölçeği oluşturmanın tercih edilen bir şekli olduğu düşünülmektedir. Bu yöntemde en az iki çevirmen gereklidir. Birinci çevirmen orjinalinden istenen dile çevirir. İkinci çevirmen ise orjinal dildeki ölçeği oluşturmak için istenilen dilden orjinal dile geri çeviri yapar. Her bir çevirmen birbirinden bağımsız olarak çalışır ve birbirlerine danışmalarına izin verilmez. Araştırmacı herhangi bir çelişkiyi düzeltebilmek için her iki çevirmene de danışabilir (86,87).

Ölçeğin dil geçerliliğinde geri çeviri yöntemi uygulandı, önce ölçekler her iki dili de bilen uzman iki kişi tarafından Türkçeye çevrildi. Sonra ölçekler farklı bir uzman tarafından orjinal versiyonu olan İngilizceye geri çevrildi. Ölçekteki bazı ifadelerin uyumsuzluklarını düzeltmek için çevirmenlere ayrı ayrı danışıldı.

Uzman görüşü alınmasında, çevrilen orjinal dilin uygunluğu ve anlamlılığı uzmanlar tarafından (araştırmacı, psikoloji ve kendi bilim alanındaki) değerlendirilir (85).

Daha sonra ölçme aracında bulunan maddelerin, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla uzman görüşü (Ek 5) alınarak, içerik geçerliği (content validity) mantıksal geçerlik yöntemiyle sınıandı ve grubun önerileri doğrultusunda düzenlemeler yapıldı.

Ölçeklerin anlaşılabilirliğini test etmek için, KKY olan 10 hastaya uygulandı. Dil ve içerik geçerliği onaylandı.

IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖi'nin güvenilirliği için 1 Temmuz 2002-31 Ekim 2003 tarihleri arasında, İstanbul ilinde Siyami Ersek Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesinin kardiyoloji polikliniği'ne başvuran KKY olan ve çalışmaya

katılmayı isteyen 100 hasta örneklem grubuna alındı. Ancak 20 hasta 2. görüşmeye gelmediği için, 80 hasta ile çalışma tamamlandı. Ölçekler araştırmacı tarafından, hastanın onayı alındıktan sonra görüşme odasında karşılıklı görüşme yoluyla uygulandı. İlk görüşmeden sonra hastayla 2. görüşme için 15 gün sonra gelmesi istendi ve 15 gün sonra hastalarla ikinci görüşme yapıldı. "Test yeniden test" yöntemi olarak bilinen bu değerlendirmenin sonucunda elde edilen veriler "Intraclass Correlation (ICC) (Sınıf içi korelasyon)" ve t testi kullanılarak güvenilirlik katsayıları hesaplandı (84,87,88).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı kurumlarda kalp yetersizliği polikliğinin olmaması, kayıtların düzenli tutulmaması ve kalp yetersizliği olan hastaların durumlarının hızla değişmesi nedeniyle evren büyüklüğü sayısal olarak belirlenemedi.

Polikliniğe başvuran, fonksiyonel kapasitesi II ve III olan hasta sayısının az olması, çalışma süresinin uzamasına yol açtı.

İkinci görüşme için poliklinik randevularına, şehir dışına çıkma, tatil, reddetme vb. nedenlerle 20 hasta gelmedi.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında kodlandı ve değerlendirmesi uzman bir istatistikçi ile yapıldı. IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin iç tutarlılığı Cronbach α çözümlenmesi ile değerlendirildi.

Veriler yüzdeler ve ortalamalar ile verildi, IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin güvenilirliğinin hesaplanmasında ANOVA ICC kullanıldı. Yine güvenilirlik de test yeniden test için bağımsız gruplar arası t testi kullanılarak fark değerlendirildi. IUHIÖ, DUHIÖ ve

BIUHIÖ'nin arasındaki ilişki pearson momentler korelasyon katsayısı ile hesaplandı.

Parametrik olmayan değerlerin birbiriyle karşılaştırmasında ki-kare testi kullanıldı. Olguların bireysel ve hastalıkla ilişkili değişkenler ile IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde, bağımsız grupların ortalamalarının karşılaştırmaları için t testi kullanıldı (80,83,88,89).



4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları; IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'ğinin geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesine ilişkin veriler, KKY olan hastaların bireysel ve hastalıkla ilgili verileri, IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ ölçeğinin puanlarıyla bireysel ve hastalıkla ilgili veriler şeklinde olmak üzere üç bölüm başlığı altında verildi.



4.1. İUHİÖ, DUHİÖ, BIUHİÖ'NİN GEÇERLİK ve GÜVENİRLİĞİNİN BELİRLENMESİ

Ölçeklerin tüm alt grupları için güvenirlik katsayıları; Intraclass Correlation (ICC) kullanılarak hesaplandı ve iç tutarlık hesaplamaları Cronbach α değerleri Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1. İUHİÖ, DUHİÖ, BIUHİÖ'ğinin Intraclass Korelasyon ve Cronbach α Değerleri

Görüşme Zamanı	İUHİÖ		DUHİÖ		BIUHİÖ	
	Yarar	Engel	Yarar	Engel	Yarar	Engel
İç Tutarlılık ♦						
Birinci Görüşme	0.74	0.59	0.71	0.58	0.77	0.68
İkinci Görüşme	0.73	0.58	0.67	0.63	0.74	0.64
Test Yeniden Test ¶						
İlk Görüşme ile ikinci Görüşme♣	0.90	0.91	0.86	0.86	0.90	0.93
♦ Cronbach α ¶ Intraclass Correlation-ICC ♣ P<0.0001 N=80						

Tablo 1'de iç tutarlılık ve test yeniden test intraclass korelasyon katsayıları verilmiştir. İç tutarlılığını saptamak için yapılan Cronbach α güvenirlik katsayıları İUHİÖ'nin birinci görüşmesinde ölçeğin yarar alt boyutunun; 0.74, ikinci görüşmede; 0.73, birinci görüşmenin engel alt

boyutunun; 0.59, ikinci görüşmenin engel alt boyutunun ; 0.58 olduğu saptandı.

DUHIÖ'nin birinci görüşmesinde; yarar alt boyutunun; 0.71, ikinci görüşmede; 0.67, birinci görüşmenin engel alt boyutunun; 0.58, ikinci görüşmenin engel alt boyutunun ; 0.63 olduğu bulundu.

BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunun; 0.77, ikinci görüşmede; 0.74, birinci görüşmenin engel alt boyutunun; 0.68, ikinci görüşmenin engel alt boyutunun ; 0.64 olduğu belirlendi.

Bir ölçeğin iç tutarlığı, kurultu (yapı) geçerliğine ilişkin bir gösterge olarak kabul edilmekte ve güvenilirliğin geçerlik için gerekli koşul olduğu belirtilmektedir (81). Daha önce dil geçerliği ve içerik geçerliği (uzman görüşü) yapılan IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin, iç tutarlılığının istatistiksel olarak anlamlı olması, yapı geçerliğinin yüksek olduğu ve ölçeklerin geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceği görüldü.

İyi bir güvenilirlik tahmin yöntemi olan Anova ICC hesaplamasında (83) IUHIÖ'nin yarar alt boyutu; 0.90, engel alt boyutu; 0.91'dir. DUHIÖ'nin yarar alt boyutu; 0.86, engel alt boyutu 0.86'dır. BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu; 0.90, engel alt boyutu ise 0.93 istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,0001$).

Tablo 2. İUHİÖ DUHİÖ BIUHİÖ'nin Test Yeniden Test Puan Ortalamaları ve Aralarındaki Fark

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Görüşmeler	N	Ort	SS	t	p
İUHİÖ	Yarar	1. Görüşme	80	22.60	3.94	-0.788	0.432
		2. Görüşme	80	23.07	3.67		
	Engel	1. Görüşme	80	17.40	4.28	0.300	0.765
		2. Görüşme	80	17.20	4.16		
DUHİÖ	Yarar	1. Görüşme	80	25.52	3.56	-1.763	0.080
		2. Görüşme	80	26.50	3.43		
	Engel	1. Görüşme	80	13.52	3.36	0.318	0.751
		2. Görüşme	80	13.35	3.58		
BIUHİÖ	Yarar	1. Görüşme	80	19.37	4.01	-1.872	0.063
		2. Görüşme	80	20.58	4.17		
	Engel	1. Görüşme	80	32.85	6.83	0.536	0.593
		2. Görüşme	80	32.25	7.31		

Tablo 2'de görüldüğü gibi iki hafta ara ile uygulanan İUHİÖ'nin yarar alt boyutu ($t=-0.788, p=0.432$) ve engel alt boyutu ($t=-0.788, p=0.765$) toplam puanları arasında fark yoktur.

DUHİÖ'nin yarar alt boyutu ($t=-1.763, p=0.080$), ve engel alt boyutu ($t=0.318, p=0.751$) toplam puanları arasında fark saptanmadı.

BIUHİÖ'nin yarar alt boyutu ($t=-1.872, p=0.063$) ve engel alt boyutunun ($t=0.536, p=0.593$) puan ortalamaları benzer olup aralarında istatistiksel olarak fark yoktur. Ölçeklerin güvenilir olduğu belirlendi.

Tablo 3. İUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin Yarar ve Engel Alt

Boyutları Arasındaki İlişki (N=80)

ÖLÇEKLER		İUHIÖ		DUHIÖ		BIUHIÖ	
		Yarar	Engel	Yarar	Engel	Yarar	Engel
İUHIÖ	Yarar	1.0					
	Engel	-.33**	1.0				
DUHIÖ	Yarar	.63**	-.45**	1.0			
	Engel	-.09	.10	-.12	1.0		
BIUHIÖ	Yarar	.51**	-.28	.47**	.02	1,0	
	Engel	-.28*	.28*	-.49**	.20	-.25*	1.0
		* p<0.001	** p<0.0001				

İUHIÖ'nin yarar alt boyutu ile DUHIÖ'nin yarar alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu $r=0.63$ ($p<0.0001$), İUHIÖ'nin yarar alt boyutu ile BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu $r=0.51$ ($p<0.0001$), DUHIÖ'nin yarar alt boyutu ile BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı $r=0.47$ ($p<0.0001$).

İUHIÖ'nin engel alt boyutu ile DUHIÖ'nin engel alt boyutu arasında, DUHIÖ'nin engel alt boyutu ile BIUHIÖ'nin engel alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmazken, İUHIÖ'nin engel alt boyutu ile BIUHIÖ'nin engel alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulundu $r=0.28$ ($p<0.001$).

Tablo 4. İUHIÖ; DUHIÖ; BIUHIÖ'nin Alt Boyutlarının Ortalama

Puanları (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Minimum-Maksimum Ort
İUHIÖ	Yarar	3.41-4.05
	Engel	2.37-3.65
DUHIÖ	Yarar	2.60-3.95
	Engel	2.01-3.61
BIUHIÖ	Yarar	2.66-3.76
	Engel	2.31-3.16

Tablo 4'de görüldüğü gibi alt boyut ortalama puanları İUHIÖ'nin yarar alt boyutunda 3.41-4.05 ve DUHIÖ'nin yarar alt boyutunun ise 2.60-3.95 oldu. Bu ortalama puanlar olguların inandığı ve katıldığı davranışların yarar alt boyutunda daha yüksek olduğunu gösterdi. İUHIÖ'nin engel alt boyutunun ortalama puanları 2.37-3.65 ve DUHIÖ'nin engel alt boyutunun ortalama puanı ise 2.01-3.61 olarak saptandı. BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunun ortalama puanı 2.66-3.76 ve engel alt puan ortalaması ise 2.31-3.16 olarak saptandı.

4.2. OLGULARIN BİREYSEL ve HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 5. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=80)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	33	41.3
	Erkek	47	58.8
Yaş (Ort±SD yıl)	59.33±12.52	(range:24-79)	
BKİ	26.13±4.11	(range:18-49)	
Kadın	26.52±5.90		
Erkek	25.85±2.16		
Medeni Durum	Evli	61	76.3
	Bekar	19	23.8
Eğitim Durumu	Okur yazar	17	21.3
	İlkokul	17	21.3
	Orta okul	27	33.8
	Lise	19	23.8
Meslek	Memur	11	13.8
	İşçi	10	12.5
	Serbest	14	17.5
	Emekli	21	26.3
	Ev Hanımı	24	30
Sigara	Kullanan	17	21.3
	Kullanmayan	63	78.8
Alkol	Kullanan	11	13.8
	Kullanmayan	69	86.3

Kiminle Yaşadığı	Yalnız	4	5
	Aile ile	69	86.3
	Arkadaş/torun	7	8.8
Ekonomik Durum	İyi	50	62.5
	Orta	21	26.3
	Kötü	9	11.3
Sosyal Güvence	Sigorta yok	3	3.8
	Emekli	41	51.3
	SSK	18	22.5
	Bağkur	11	13.8
	Özel Sigorta	5	6.3
	Yeşil Kart	2	2.5
Yaşadığı Bölge	Marmara	68	85
	Karadeniz	11	12.5
	İç Anadolu	1	1.3
	Güneydoğu	1	1.3
Doğduğu Yer	İl	30	37.5
	İlçe	33	41.3
	Köy	17	21.3
Yaşadığı Yer	İl	55	68.8
	İlçe	22	27.5
	Köy	3	3.8

Tablo 5 incelendiğinde; yaş ortalaması 59.33 ± 12.52 (range:24-79) ve BKİ 26.13 ± 4.11 (range:18-49) olan olguların %41.3'ünün kadın, 58.8'nin erkek, 76.3'ü evli, 23.8'inin bekar olduğu saptandı.

Olguların eğitim durumlarına bakıldığında; %21.3'ü okur yazar, %21.3'ü ilkokul, %33.8'i orta okul, %23.8'i lise mezunudur.

Meslekleri incelendiğinde, % 13.8'i memur, %12.5'i işçi, %17.5'i serbest, %26.3'ü emekli, %30'unun ev hanımı olduğu ve %21.3'ünün

sigara, %13.8'inin alkol kullandığı, %5'nin yalnız, %86.3'ünün ailesi ile, %8.8'inin ise arkadaş/torunları ile birlikte yaşadığı saptandı.

Olguların sadece %3.8'nin sosyal güvencesi olmadığı, sosyal güvencesi olanların büyük çoğunluğunun %51.3'ü emekli sandığına bağlı, sırasıyla % 22.5'inin sosyal sigortalar kurumuna (SSK), %13.8'inin bağkura bağlı, %6.3'ünün özel sigorta, %2.5'inin yeşil kartlı olduğu belirlendi.

Olguların %85'i Marmara bölgesinde yaşamakta olup, büyük çoğunluğunun %41.3 ilçede doğup, %68.8'inin yaşamını şehirde sürdürdüğü saptandı.



Tablo 6. Olguların Hastalığı İle İlgili Özellikleri (N=80)

Özellikler		n	%	N	%
Hastalığın Süresi	6 ay	11	13.8	80	100
	1 yıl	11	13.8		
	2 yıl	10	12.5		
	2 yıl üstü	48	60		
NYHA	Sınıf II	39	48.8	80	100
	Sınıf III	41	51.2		
Son Altı Ay İçinde Acil Başvuru Durumu	Evet	39	48.8	80	100
	Hayır	41	51.2		
Başvuru Sayısı	Başvurmayan	41	51.3	80	100
	1 Kez	27	33.8		
	2 Kez	5	6.3		
	3 ve üzeri	7	8.8		
Acilden Sonra Düzenli Kontrolüne Gitme Durumu	Evet	30	37.5	80	100
	Hayır	50	62.5		
Bir Yılda Sağlık Kontrolüne Gitme	1 Kez	32	40	80	100
	2 Kez	17	21.2		
	3 ve üzeri	19	23.8		
	Gitmeyen	12	15		
Hastalığı Hakkında Bilgi Durumu	Evet	47	58.8	80	100
	Hayır	33	41.2		
Bilgiyi Nerden Aldığı	Hekim	75	93.8	80	100
	Aile	2	2.5		
	Kitap	3	3.8		

Tablo 6'de olguların hastalık ile ilgili özellikleri incelenmektedir. Olguların büyük çoğunluğu %60'ının kalp yetersizliğinin 2 yıldan fazla süredir devam etmekte olduğu, NYHA sınıflamasına göre olguların %48.8'i II. sınıf, %51.2'si ise III.sınıftadır. Son altı ay içinde % 48.8

olgu, hastalığı nedeniyle bir sağlık kurumuna acil başvuruda bulunduğu ve %33.8 olgunun bir kez gittiği saptandı. Acil başvurudan sonra düzenli kontrole giden vakaların sayısı % 37.5 olduğu görüldü. Olguların bir yıl içinde kontrole gitme sıklığı incelendiğinde, %40'ın bir kez, %21.2'sinin 2 kez, %23.8'inin 3 ve daha fazla, %15'inin ise hiç gitmediği saptandı. Olguların hastalığı hakkında bilgi durumları incelendiğinde %5.8'nin yeterli bilgisinin olduğu ve bu bilgiyi en fazla %93.8'inin hekimden aldığı belirlendi.

Tablo 7. Olgularda Var Olan Diğer Kronik Hastalıklar (N=80)

Diğer Kronik Hastalıklar	Olma Durumu	n	%
Hipertansiyon	Var	38	47.5
	Yok	42	52.5
Diyabet	Var	28	35
	Yok	52	60
KOAİ	Var	13	16.2
	Yok	67	83.8
Böbrek Yetmezliği	Var	3	3.8
	Yok	77	96.2
İskemik Kalp Hastalıkları	Var	17	21.2
	Yok	63	78.8
Valvüler Kapak Hastalıkları	Var	10	12.5
	Yok	70	87.5
Diğer	Var	19	23.8
	Yok	61	76.2

KKY ile birlikte görülen diğer kronik hastalıklar incelendiğinde (Tablo 7); olguların %47.5'inde hipertansiyon, %35'inde diyabet, %21.2'sinde iskemik kalp hastalığı, %16.2'sinde KOAİ, % 12.5'inde

valvüler kapak hastalıkları, %3.2'sinde böbrek yetmezliği ve %23.8'inde diğer (ülser, eklem hastalıkları vb.) hastalıklar olduğu saptandı.

Tablo 8. Olguların Kilo Kontrolü Sıklığı (N=80)

SIKLIK	n	%
Haftada bir kez	47	58.8
15 günde bir kez	5	6.3
Ayda bir kez	9	11.3
Ara sıra	19	23.8
Toplam	80	100

Tablo 8 incelendiğinde; olguların %58.8'i kilolarını haftada bir kez, %23.8'i ara sıra, %11.3'ü ayda bir kez, %6.3'ü ise 15 günde bir kez ölçtüğü belirlendi.

Tablo 9. Olguların MET Yüzdeleri (N=80)

MET TOPLAMLARI	n	%
3 MET	2	2.5
4 MET	13	16.3
5 MET	25	31.3
6 MET	10	12.5
7 MET	17	21.3
8 MET	13	16.3
Toplam	80	100

Tablo 9'da MET düzeyleri incelendiğinde; en fazla 25 olgunun (%31.3) 5 MET olduğu ve en az 2 olgunun (%2.5) 3 MET olduğu saptandı.

Tablo 10. Ağırlık Limiti Verildiğinde Olguların Kendi Kilolarını, Ödemini Kontrol Etme ve Kiloyu Kaydetme Durumları (N=80)

İZLEMLER	Ağırlık limiti verildi mi?		χ^2	p	
	Evet	Hayır			
Kendinizi tartıyor musunuz?	Evet	23 (17.9)	18 (23.1)	3.152	0.06
	Hayır	12 (17.1)	27 (21.9)		
Bacaklardaki Ödemi Kontrol Etme Durumu	Evet	29 (25.4)	29 (32.6)	3.348	0.05
	Hayır	6 (9.6)	16 (12.4)		
Kiloyu Kaydetme Durumu	Evet	9 (5.3)	3 (6.8)	5.602	0.01
	Hayır	26 (29.8)	42 (38.3)		

Tablo 10 incelendiğinde; olması gereken ağırlık limiti verilen olgularda; kilo kontrolünde anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=3.152$, $p=0.06$) ancak beklenen değer üzerinde kilo kontrolü yaptıkları saptandı; bacaklarında ödem varlığını kontrol etme durumu, beklenen değer üzerinde olduğu ($\chi^2=3.48$, $p=0.05$) görüldü. Kiloyu kaydetme durumu incelendiğinde, olguların kiloyu kaydetme durumu beklenen değer üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($\chi^2=5.602$, $p=0.01$).

4.3. İUHIÖ, DUHIÖ, BİUHİÖ'nin PUANLARI İLE BİREYSEL ve HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 11. Cinsiyet ile İUHIÖ DUHIÖ BİUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Cinsiyet	n	Ort	SS	t	p
İUHIÖ	Yarar	Kadın	33	22.18	3.60	-0.793	0.430
		Erkek	47	22.89	4.17		
	Engel	Kadın	33	18.93	4.04	2.809	0.006
		Erkek	47	16.31	4.14		
DUHIÖ	Yarar	Kadın	33	24.48	3.752	-1.670	0.099
		Erkek	47	25.89	3.70		
	Engel	Kadın	33	13.57	3.29	0.112	0.911
		Erkek	47	13.48	3.44		
BİUHİÖ	Yarar	Kadın	33	18.30	3.73	-2.041	0.045
		Erkek	47	20.12	4.06		
	Engel	Kadın	33	35.21	6.48	2.689	0.009
		Erkek	47	31.19	6.64		

Tablo 11'de İUHIÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile kadın ve erkekler arasında anlamlı fark yoktur ($t=-0.793$, $p=0.430$). İUHIÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile kadın ve erkekler arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($t=2.809$, $p=0.006$). Kadınların ilaca uyumda engel davranışlarını daha fazla algıladıkları ve inançlarının daha düşük olduğu görüldü.

DUHIÖ'nin yarar ($t=-1.670$, $p=0.099$) ve engel alt boyutlarının toplam puanları ile cinsiyet arasında fark bulunmadı ($t=0.112$, $p=0.911$).

BİUHİÖ'nin yarar ($t=-2.041$, $p=0.045$) ve engel alt boyutlarında kadın ve erkekler arasında anlamlı fark vardır ($t=2.689$, $p=0.009$). Kadınların BİUHİÖ'nin engellerini daha fazla algıladığı görüldü.

Tablo 12. Medeni Durum ile İUHİÖ DUHİÖ BİUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Medeni Durum	n	Ort	SS	t	p
İUHİÖ	Yarar	Evli	61	23.19	3.60	2.504	0.014
		Bekar	19	20.68	4.47		
	Engel	Evli	61	16.78	4.02	-2.360	0.021
		Bekar	19	19.36	4.58		
DUHİÖ	Yarar	Evli	61	25.72	3.56	1.767	0.081
		Bekar	19	24.00	4.13		
	Engel	Evli	61	13.54	3.48	0.076	0.940
		Bekar	19	13.47	3.02		
BİUHİÖ	Yarar	Evli	61	19.98	3.61	2.510	0.014
		Bekar	19	17.42	4.67		
	Engel	Evli	61	32.68	6.79	-0.376	0.708
		Bekar	19	33.36	7.15		

Tablo 12'de İUHİÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=2.504$, $p=0.014$). Evlilerin İUHİÖ'nin yarar alt boyutuna bekarlardan daha fazla inandıkları belirlendi.

İUHİÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile medeni durum arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($t=-2.360$, $p=0.021$). Bekarların engel alt boyutuna daha fazla inandıkları ve uyumsuz olduğu görüldü.

DUHİÖ'nin yarar ($t=1.767$, $p=0.081$) ve engel alt boyutlarının toplam puanları ile medeni durum arasında fark bulunmadı ($t=0.076$, $p=0.940$).

BIUHİÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=2.510$, $p=0.014$). Evlilerin, BIUHİÖ'nin yarar alt boyutunu daha fazla algıladıkları görülmektedir. Engel alt boyut toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($t=-0.376$, $p=0.708$).

Tablo 13. Olguların Hastalığı Hakkındaki Bilgileri İle İUHİÖ DUHİÖ BİUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasında Fark Durumu (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Bilgi Yeterli mi?	n	Ort	SS	t	p
İUHİÖ	Yarar	Evet	47	23.48	3.62	2.484	0.015
		Hayır	33	21.33	4.09		
	Engel	Evet	47	16.17	3.96	-3.244	0.002
		Hayır	33	19.15	4.15		
DUHİÖ	Yarar	Evet	47	26.36	3.35	3.144	0.002
		Hayır	33	23.81	3.83		
	Engel	Evet	47	12.80	3.34	-2.337	0.002
		Hayır	33	14.54	3.17		
BİUHİÖ	Yarar	Evet	47	19.12	4.03	-.655	0.514
		Hayır	33	19.72	4.01		
	Engel	Evet	47	31.87	6.58	-1.539	0.128
		Hayır	33	34.24	7.04		

Tablo 13 incelendiğinde; İUHİÖ'nin yarar alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=2.484$, $p=0.015$). Bilgisinin yeterli olduğunu söyleyenlerin yarar alt boyutuna daha fazla inandıkları görülmektedir. İUHİÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında anlamlı fark

bulundu ($t=-3.244$, $p=0.002$). Bilgisinin yeterli olmadığını söyleyen olguların engel alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmektedir.

DUHLÖ'nin yarar alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($t=3.144$, $p=0.002$). DUHLÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında anlamlı fark vardır ($t=-2.337$, $p=0.002$). Bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olguların yarar alt boyutuna daha fazla inanırken, bilgisinin yetersiz olduğunu söyleyenlerin ise engel alt boyutuna daha fazla inandıkları görülmektedir.

BIUHLÖ'nin yarar alt boyut toplam puanı ($t=-0.655$, $p=0.514$) ve engel alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($t=-1.539$, $p=0.128$).

Tablo 14. NYHA ile İUHIÖ DUHIÖ BIUHİO'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	NYHA	n	Ort	SS	t	P
İUHIÖ	Yarar	Sınıf II	39	22.92	3.65	0.712	0.47
		Sınıf III	41	22.29	4.22		
	Engel	Sınıf II	39	15.94	4.29	-3.114	0.003
		Sınıf III	41	18.78	3.83		
DUHIÖ	Yarar	Sınıf II	39	25.64	3.70	0.761	0.44
		Sınıf III	41	25.00	3.82		
	Engel	Sınıf II	39	13.94	3.74	1.100	0.27
		Sınıf III	41	13.12	2.95		
BIUHİO	Yarar	Sınıf II	39	19.89	3.87	1.138	0.25
		Sınıf III	41	18.87	4.12		
	Engel	Sınıf II	39	31.56	8.01	-1.658	0.10
		Sınıf III	41	34.07	5.30		

Tablo 14'de İUHIÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile NYHA sınıf II ile sınıf III arasında istatistiksel yönden anlamlı fark yoktur ($t=0.712$, $p=0,47$). İUHIÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile NYHA sınıf II ile sınıf III arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı ($t=-3.114$, $p=0,003$). NYHA sınıf III olan hastalar İUHIÖ'nin engel alt boyutuna inanmakta ve algılamaktadırlar.

DUHIÖ'nin yarar ($t=0.761$, $p=0,44$) ve engel ($t=1.100$, $p=0,27$) alt boyutlarının toplam puanları ile NYHA sınıf II ve sınıf III arasında fark bulundu.

BIUHİO'nin yarar ($t=1.138$, $p=0,25$) ve engel ($t=-1.658$, $p=0,10$) alt boyutlarının toplam puanları ile NYHA sınıf II ve sınıf III arasında istatistiksel yönden fark görülmedi.

Tablo 15. Olguların Acil Başvurudan Sonra Düzenli Kontrole Gitme Durumları İle İUHİÖ DUHİÖ BİUHİÖ'nin Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasında Fark Durumu (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Düzenli Kontrol	n	Ort	SS	t	p
İUHİÖ	Yarar	Evet	30	22.70	4.55	0.175	0.86
		Hayır	50	22.54	3.57		
	Engel	Evet	30	18.13	3.82	1.189	0.23
		Hayır	50	16.96	3.51		
DUHİÖ	Yarar	Evet	30	25.03	3.89	-0.512	0.61
		Hayır	50	25.48	3.69		
	Engel	Evet	30	13.70	3.33	0.358	0.72
		Hayır	50	13.42	3.41		
BİUHİÖ	Yarar	Evet	30	19.20	4.10	-0.300	0.76
		Hayır	50	19.48	3.99		
	Engel	Evet	30	33.93	5.90	1.099	0.27
		Hayır	50	32.20	7.32		

Tablo 15' de Acil başvurudan sonra düzenli kontrole gitme ile İUHİÖ'nin yarar ($t=0.175$, $p=0.86$) ve engel ($t=1.189$, $p=0.23$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

DUHİÖ'nin yarar ($t=-0.512$, $p=0.61$) ve engel ($t=0.358$, $p=0.72$) alt boyutları arasında anlamlı fark görülmedi.

BİUHİÖ'nin yarar ($t=-0.300$, $p=0.76$) ve engel ($t=1.99$, $p=0.27$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı.

Tablo 16. Olgularda Varolan Hipertansiyon İle İUHİÖ DUHİÖ BİUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasında Fark Durumu (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Hipertansiyon	n	Ort	SS	t	p
İUHİÖ	Yarar	Var	38	22.50	3.81	-0.214	0.83
		Yok	42	22.69	4.10		
	Engel	Var	38	17.13	4.14	-0.531	0.59
		Yok	42	17.64	4.44		
DUHİÖ	Yarar	Var	38	25.39	4.01	0.185	0.85
		Yok	42	25.23	3.55		
	Engel	Var	38	14.65	3.55	3,008	0.004
		Yok	42	12.50	2.84		
BİUHİÖ	Yarar	Var	38	19.81	3.33	0.934	0.35
		Yok	42	18.97	4.54		
	Engel	Var	38	33.81	7.54	1.205	0.23
		Yok	42	31.97	6.08		

Tablo 16' da İUHİÖ'nin yarar ($t=-0.214$, $p=0.83$) ve engel ($t=-0.531$, $p=0.59$) alt boyut toplam puanı ile hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. BİUHİÖ'nin yarar ($t=0.934$, $p=0.35$), engel ($t=1.205$, $p=0.23$) alt boyut toplam puanı ile hipertansiyon arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.

DUHİÖ'nin yarar alt boyutu ile hipertansiyon arasında anlamlı fark görülmezken ($t=-0.214$, $p=0.85$) ve DUHİÖ'nin engel alt boyutu ile hipertansiyon arasında anlamlı fark saptandı ($t=3.008$, $p=0.004$). Hipertansiyonu olan olguların DUHİÖ'nin engel alt boyutuna daha fazla inandıkları görülmektedir.

Tablo 17. Olguların Varolan Diyabet İle İUHIÖ DUHIÖ BİUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasında Fark Durumu (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Diyabet	n	Ort	SS	t	p
İUHIÖ	Yarar	Var	28	22.03	3.03	-0.938	0.35
		Yok	52	22.90	4.35		
	Engel	Var	28	18.82	3.99	2.232	0.02
		Yok	52	16.63	4.27		
DUHIÖ	Yarar	Var	28	24.67	3.06	-1.109	0.27
		Yok	52	25.65	4.06		
	Engel	Var	28	14.39	3.30	1.714	0.09
		Yok	52	13.05	3.33		
BİUHİÖ	Yarar	Var	28	19.71	3.33	0.552	0.58
		Yok	52	19.19	4.35		
	Engel	Var	28	33.89	5.59	1.001	0.32
		Yok	52	32.28	7.41		

Tablo 17 incelendiğinde; diyabeti olan ve olmayan olgularla İUHIÖ'nin yarar ($t=-0.938$, $p=0.35$) alt boyutu ve DUHIÖ'nin yarar ($t=-1.109$, $p=0.27$) ve engel ($t=1.714$, $p=0.09$) ve BİUHİÖ'nin yarar ($t=0.552$, $p=0.58$) ve engel alt boyutları arasında fark yoktur ($t=1.001$, $p=0.32$). İUHIÖ'nin engel alt boyutunda diyabeti olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($t=2.232$, $p=0.02$) ve diyabeti olan olguların İUHIÖ'nin engel alt boyutuna daha fazla inandıkları görüldü.

Tablo 18. Valvüler Kalp Hastalığı Olan Olgular İle İUHİÖ DUHİÖ BİUHİÖ'nin Yarar ve Engel Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasında Fark Durumu (N=80)

ÖLÇEKLER	Alt Boyut	Valvüler Kapak Hastalığı	n	Ort	SS	t	p
İUHİÖ	Yarar	Var	10	21.60	2.22	-0.856	0.395
		Yok	70	22.74	4.12		
	Engel	Var	10	18.80	3.88	1.107	0.272
		Yok	70	17.20	4.32		
DUHİÖ	Yarar	Var	10	23.40	3.23	-1.743	0.085
		Yok	70	25.58	3.76		
	Engel	Var	10	13.50	3.24	-0.025	0.980
		Yok	70	13.52	3.40		
BİUHİÖ	Yarar	Var	10	19.20	2.39	-0.146	0.884
		Yok	70	19.40	4.20		
	Engel	Var	10	36.90	7.90	2.042	0.045
		Yok	70	32.27	6.53		

Tablo 18 incelendiğinde; İUHİÖ'nin yarar ($t=-0.856$, $p=0.395$) ve engel ($t=1.107$, $p=0.272$) alt boyutunun toplam puanı ve DUHİÖ'nin yarar ($t=-1.743$, $p=0.085$) ve engel ($t=-0.025$, $p=0.980$) alt boyutunun toplam puanı ve BİUHİÖ'nin yarar alt boyutunun toplam puanı ile valvüler kapak hastalığı anlamlı fark gözlenmedi ($t=-0.146$, $p=0.884$). BİUHİÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile valvüler kapak hastalığı olan ve olmayan olgular arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($t=2.042$, $p=0.045$). Valvüler kapak hastalığı olan olguların bireysel izlemin engel davranışlarını daha fazla algıladığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma; KKY olan hastaların IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin geçerli ve güvenilir ölçekler olup olmadığını belirlemek ve kendi hastalık yönetimindeki inanç ve uyumlarını belirlemek amacıyla analitik olarak planlandı.

IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin geçerlik ve güvenirliği ve KKY olan hastaların kendilerini izlemde inanç ve uyumlarını değerlendirmek için üç bölüm başlığı altında tartışıldı.

1. IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi (Tablo 1,2,3,4)
2. Olguların bireysel ve hastalıkla ilgili zellikleri (Tablo 5,6,7,8,9,10)
3. IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin puanları ile hastalığa ilişkin özelliklerin karşılaştırılması (Tablo 11,12,13,14,15,16,17,18)

5.1. IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ' NİN GEÇERLİK ve GÜVENİRLİĞİNİN BELİRLENMESİ

5.1.1. İ Tutarlık

Ölçeklerin güvenirliği için, iç tutarlık yöntemi kullanıldı ve Cronbach α zmlemesinden yararlanıldı. İç tutarlık her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek için birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde bilinen ve birbirleriyle eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (80,89).

Tablo 1'de hem iç tutarlılık hemde güvenilirlik (ICC) sonuçları verilmiştir. IUHIÖ'nin birinci görüşmesinin yarar alt boyutunda Cronbach α değeri 0.74, engel alt boyutunda ise 0.59 ve güvenilir olduğu saptandı.

Bennett ve arkadaşlarının (90) yapmış olduğu "kalp yetersizliği olan hastalarda uyum ve inançlar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik" çalışmasında IUHIÖ'nin yarar alt boyutunda Cronbach α değerinin 0.66, engel alt boyutunda da 0.65 olarak bulmuşlardır.

Araştırmamızda IUHIÖ'nin yarar alt boyutu Bennett'in çalışmasından daha yüksek bulunurken engel alt boyutu ise daha düşük bulundu.

IUHIÖ'nin ikinci görüşmesinde Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.73, engel alt boyutunda ise 0.58 olduğu saptandı. Yarar ve engel alt boyutunun Cronbach α değerinin birinci görüşme ile paralel olduğu görülmektedir.

Bennett ve ark. (90) çalışmasında ikinci görüşmede Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.63, engel alt boyutunda 0.66 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yarar alt boyutunun Cronbach α değeri Bennett ve ark. çalışmasından daha yüksek bulunurken, engel alt boyutu daha düşük bulundu. Bennett ve ark. (90) çalışmasında ise engel alt boyutunun puanı yarar alt boyutundan daha yüksek bulunmuştur.

DUHIÖ'nin birinci görüşmesinde yarar alt boyutunun Cronbach α değeri 0.71, engel alt boyutunun ise 0.58 olduğu bulundu. IUHIÖ gibi DUHIÖ'nin de yarar alt boyutunun iç tutarlılığının engel alt boyutundan daha yüksek olduğu görüldü.

Bennett ve arkadaşlarının (90) yapmış olduğu çalışmada yarar alt boyutu 0.83, engel alt boyutu ise 0.66 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da yarar alt boyutunun yüksek, engel alt boyutunun daha

düşük olması paralellik gösterirken, Bennett ve ark. çalışmasının Cronbach α değeri biraz daha yüksektir.

DUHIÖ'nin ikinci görüşmesinde, yarar alt boyutunun Cronbach α değeri 0.67, engel alt boyutunun ise 0.63 olduğu bulundu. İkinci görüşmede engel alt boyutunun Cronbach α değeri birinci görüşmeden daha yüksek olduğu görüldü.

Bennett ve ark. (90) çalışmasında DUHIÖ'nin yarar alt boyutu 0.88, engel alt boyutu 0.73 bulunmuştur. DUHIÖ'nin yarar alt boyutunun Cronbach α değeri engel alt boyutundan daha yüksektir. Bu veriler araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

BIUHIÖ'nin birinci görüşmesinin yarar alt boyutu Cronbach α değeri 0.77, engel alt boyutu ise 0.68 olarak bulundu. Ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğu görüldü.

BIUHIÖ'nin ikinci görüşmesinin yarar alt boyutunun Cronbach α değeri 0.74, engel alt boyutunun ise 0.64 olduğu bulundu. IUHIÖ ve DUHIÖ'nde ki gibi BIUHIÖ'nin de Cronbach α değeri yarar alt boyutu engel alt boyutundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bennett ve ark. henüz BIUHIÖ'nin güvenilirlik çalışmalarını tamamlamadığı için orjinal versiyonu ile tartışmamaktayız.

Bir ölçeğin iç tutarlığı da kurultu (yapı) geçerliğine ilişkin bir gösterge olarak kabul edilmekte ve güvenilirliğin geçerlik için gerekli koşul olduğu belirtilmektedir (81). Bizim araştırmamızda da IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin iç tutarlılığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ve ölçeklerin geçerli olduğu görüldü.

5.1.2. Zamana göre değişmezlik (süreklilik/stabilite/test yeniden test güvenirliliği)

Zamana karşı değişmezlik, ölçeğin, benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen verilerin benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilidir (80). Zamana göre değişmezlik özelliği test yeniden test yoluyla değerlendirilir. Test yeniden test güvenirliliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücüdür (80,83,85,88).

Test yeniden test güvenirliliğinde IUHIÖ'nde yarar alt boyutunda ICC değeri 0.90, engel alt boyutunda ise 0.91 ve güvenirliliğin oldukça yüksek olduğu bulundu.

Bennett ve arkadaşlarının (90) kalp yetersizliği olan hastalarda uyum ve inançlar ölçeğinin geçerlik ve güvenirlilik çalışmasında, birinci görüşmede yarar alt boyutunu 0.23, engel alt boyutunu ise 0.41 olarak saptamışlardır. Çalışmamızda IUHIÖ'nin güvenirliliğinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

DUHIÖ'nin ICC katsayısı yarar ve engel alt boyutunda da 0.86 ve güvenilir olduğu bulundu. Bennett ve ark. (90) birinci görüşmede 0.18 bulunurken ikinci görüşmede 0.30 güvenilir olduğunu bulmuşlardır. Araştırmamızın güvenirliliğinin Bennett ve arkadaşlarının çalışmasından yüksek olduğu görülmektedir.

BIUHIÖ'nin ICC katsayısı yarar alt boyutunda 0.90 ve engel alt boyutunda ise 0.93 olarak bulundu. BIUHIÖ'nin de güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği görülmektedir. Bennett ve arkadaşları henüz bu ölçeğin güvenirlilik çalışmasını tamamlamamaları nedeniyle bu ölçeği tartışmamaktayız.

İki hafta ara ile uygulanan IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin yarar ve engel alt boyutları arasındaki iki ölçümünün puan ortalamaları benzer

olup aralarında istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p>0,05$) ve ölçeğin güvenilir olduğu saptandı (Tablo 2).

IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin yarar ve engel alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; IUHIÖ'nde yarar alt boyut puanları artarken DUHIÖ'nin de yarar alt boyut puanları artmaktadır ($r=0,63$, $p<0,0001$) (Tablo 3). IUHIÖ'nin yarar alt boyutunun puanı ile BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu arasında anlamlı ilişki belirlendi ($r=0,51$, $p<0,0001$). IUHIÖ'ne uyum ve inancı yüksek olan kişilerin, beklendiği şekilde hem diyetine, hem de bireysel izlemlerine inançları benzer ve uyumlu olduğu görülmektedir.

IUHIÖ'nin engel alt boyutu ile DUHIÖ'nin engel alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmazken, BIUHIÖ'nin engel alt boyutu ile anlamlı ilişki olduğu saptandı ($r=0,28$, $p<0,001$). DUHIÖ'nin engel alt boyutu ile BIUHIÖ'nin engel alt boyutu arasında anlamlı ilişkiye rastlanmadı. Buradanda anlaşıldığı gibi DUHIÖ'nde algılanan engeller ile BIUHIÖ'nde algılanan engeller farklıdır.

Eğer KKY olan hasta birey IUHIÖ'nin engellerini algılıyorsa, BIUHIÖ'nin de engellerini benzer şekilde algıladığı görüldü. IUHIÖ ile DUHIÖ ($r=0,10$, $p>0,05$) ve DUHIÖ ile BIUHIÖ arasında ise engelleri algılaması arasında ilişki yoktur ($r=0,20$, $p>0,05$). KKY olan hasta birey IUHIÖ'ni algılaması, DUHIÖ'nin engellerini de algılamasını etkilemektedir.

Ortalama puanlar IUHIÖ'nin yarar alt boyutunda 3,41-4,05 ve DUHIÖ'nin yarar alt boyutunun ise 2,60-3,95 oldu. Bu ortalama puanlar hastaların katıldığı davranışların yarar alt boyutuna daha fazla girdiğini gösterdi. IUHIÖ'nin engel alt boyutunun ortalama puanları 2,37-3,65 ve DUHIÖ'nin engel alt boyutunun ortalama puanı ise 2,01-3,61 olarak saptandı (Tablo 4). Engel alt puan ortalamalarının yarar alt puan ortalamasından daha düşük olması hastaların yararları daha çok algıladığını ve inandığını gösterir.

Bennett ve ark (78) ölçek geliştirmesi çalışmasında, IUHIÖ'nin yarar alt boyutu 4,0-4,23 ve DUHIÖ'nin ise 3,62-3,90 arasında, IUHIÖ'nin engel alt boyutu 2,67-3,43 ve DUHIÖ'nin ise 2,63-3,23'tür ve çalışmamızla paralellik göstermektedir.

BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunun ortalama puanı 2,66-3,76 ve engel alt puan ortalaması ise 2,31-3,16 olarak saptandı. Olguların ölçeğın yarar alt boyutuna inanç ve uyumunun, engel alt boyutuna olan inanç ve uyumdan daha yüksek olduğu görölmektedir.

5.2. OLGULARIN BİREYSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 5 incelendiğinde; yaş ortalaması 59.33 ± 12.52 (range. 24-79) olan olguların %41.3'ü kadın, %58.8'i erkektir. Bizim çalışmamızın tersine Bennett ve arkadaşları (90), Clark ve arkadaşlarının (91) yapmış olduğu çalışmalarda olguların çoğunluğu kadın ve yaş ortalaması 64 ve 63 olup, bizim olgularımızdan daha yüksek bulunmuştur.

Olguların %76.3'ü evli, eğitim düzeyi ise %33.8 ile en fazla orta eğitim düzeyindedir.

Olguların %30'u ev hanımı, %86.3'ü ailesi ile yaşamakta, %21.3'ü sigara, %13.8'i alkol kullanmakta, %62.5'inin ekonomik durumu iyi, %51.3'ü emekli sandığına bağlı %85'i Marmara bölgesinde yaşamakta, %41.3'ü ilçede doğduğu halde, %68.8'i büyük şehirde yaşamaktadır.

Obezite genellikle ideal vücut ağırlığının %20 artıştan fazlası olarak tanımlanır. Obezite hem erkekler hemde kadınlarda koroner arter hastalığı için anlamlı bir risk faktörüdür. Koroner arter hastalığı için obezite bağımsız bir risk faktörü olmakla birlikte, inme, kalp yetersizliği ve ölümdede artışa yol açtığı ortaya konulmuştur (92,93).

Çalışmamızda olguların BKİ incelendiğinde; kilolu ve kalp yetersizliği yönünden riskli oldukları görüldü. Olguların BKİ 26.13 ± 4.11 kg/m^2 dir. Erkeklerde 25.85 kg/m^2 iken kadınlarda ise 26.52 kg/m^2 dir.

Türk erişkinlerinde koroner hastalığı, risk faktörleri ve koroner kalp hastalığı (TEKHARF) çalışmasında, BKİ ortalaması erkeklerde 25.4 kg/m^2 , kadınlarda 25.5 kg/m^2 olduğu saptanırken, obez olan erişkin oranı da kadınlarda daha yüksektir (93). Bu veriler bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Sigaranın kronik kan basıncı üzerine etkisi tartışmalı olmasına rağmen, kan basıncında akut yükselmeye neden olmaktadır. Bu ani yükselmelerin tekrarlamasının zararlı olabileceği bilinmektedir (94). TEKHARF çalışmasında yürütülen ve ülkemiz genelinde yapılan Türk erişkinlerinde sigara içimi ve eğilimler 1998 taramasında (95), yaş ortalaması 48.9 olan olguların %35.5'inin sigara kullandığı belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda olguların %21.3'ü sigara kullanmakta olup yukarıdaki çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

KKY olan hastalar alkol kullanmaktan kaçınmalı, eğer içiyorlarsa haftada iki defa bir kadeh ile sınırlandırılmalıdırlar (5,28,58).

Çalışmamızdaki olguların %13.8'i alkol kullanmakta olup, büyük çoğunluğunun kullanmadığı saptandı.

Literatürde hastaneye yeniden yatmanın pekçok nedeni olduğu belirtilmektedir. Özellikle taburcu olduktan sonra yeterli takibin yapılamaması, hastanın kendi durumunu kavrayamaması, ilaç tedavisi ve diyetle uyumsuzluktan kaynaklandığı belirtilmektedir (61,96).

Araştırmamızda, son altı ay içinde % 48.8 olgunun, hastalığı nedeniyle bir sağlık kurumuna acil başvuruda bulunduğu saptandı (Tablo 6). Son altı ay içinde acil başvuru sayısının yüksekliği, literatür

doğrultusunda, olguların ilaç, diyet ve bireysel izleme inançlarının düşüklüğü ve uyumsuzluğu nedeniyle olabileceğini düşünmekteyiz.

Acil başvurudan sonra düzenli kontrole gitme durumları incelendiğinde, olguların %62.5'inin kontrole gitmediği, %37.5'inin düzenli kontrole gittiği görüldü (Tablo 6).

Olguların bir yıl içinde düzenli kontrole gitme durumu incelendiğinden en fazla %40 ile yılda bir, %21.2 ile yılda iki kez, %23.8 ile yılda üç kez gittikleri ve %15 kişinde yıllık kontrole gitmedikleri saptandı (Tablo 6).

Wagdi ve arkadaşları (97) KKY olan hastaların, acil başvuru nedenlerini incelediği çalışmada, olguların %44'ü düzenli kontrole gittiği, %53'ü ise düzensiz ve uzun aralarla kontrole gittiğini saptamışlardır.

Araştırma bulgularımız Wagdi ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Olguların hastalığı hakkında bilgi durumları incelendiğinde; %58.8'nin yeterli bilgisinin olduğu ve bu bilgiyi en fazla %93.8'inin hekimden aldığı belirlendi. Olguların hastalığı hakkında bilgiyi en fazla hekimden almalarının nedeninin, poliklinikte özel eğitimli kardiyoloji hemşiresinin olmamasına bağlı olabileceği düşünülebilir.

KKY ile birlikte görülen diğer kronik hastalıklar incelendiğinde, olguların %47.5'inde hipertansiyon, %35'inde DM, %21.2'sinde iskemik kalp hastalığı, %16.2'sinde KOAH, % 12.5'inde valvüler kapak hastalıkları, %3.8'inde böbrek yetmezliği ve %23.8'inde diğer (ülser vb) olduğu saptandı (Tablo 7).

Çalışmamızdaki olgularda görülen kronik hastalıkların başında hipertansiyon yer almakta ve onu diyabet izlemektedir.

Hipertansiyon erkeklerimizde koroner arter hastalığı ve koroner kökenli ölümleri belirleyici en önemli etkidir. Sistolik kan basıncında her 10 mmHg'lik yükselme koroner arter hastalık riskini %22 artırmaktadır. Hipertansiyon çok yaygın bir risk faktörü olup halen ülkemizde 5 milyon erkek ve 6 milyon kadında olduğu tahmin edilmektedir (98). Ülkemiz genelinde hipertansiyon %12.3 oranında rastlanılmaktadır (99). Hipertansiyon bir çok ülkede yetişkin nüfusun yaklaşık %20'sini etkilemektedir. Uzun süreli hipertansiyon, özellikle kötü kontrol altında tutulduğunda kalp yetersizliğine neden olmaktadır (38).

Bennett ve ark. (90) yaptığı kalp yetersizliği olan hastalarda uyum ve inançlar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, olguların %60'ında hipertansiyon, %50'nde diyabet, % 39'unda ise iskemik kalp hastalığına rastlanmıştır.

Jaarsma ve ark. (52) Hollanda'da yaptıkları kalp yetersizliği olan hastaların kamu hizmeti, özbakım desteği ve eğitimin etkinliği adlı çalışmada, hipertansiyon oranını %23 olarak bulmuşlardır.

Araştırmamızda da hipertansiyonu olan olguların oranı %47.5, olarak saptandı. Araştırma bulgularımız Bennett ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Olguların %58.8'i kilolarını haftada bir kez, %6.3'ü ise ayda iki kez ölçtüğü belirlendi. Olguların büyük çoğunluğunun kilolarını haftada bir kez ölçtüğü görülmektedir (Tablo 8). Oysa vücudundaki ödemi izlenmesi yönünden KKY olan hastaların kilolarını hergün (7,23,34,43,46,56) ve en az haftada 2-3 kez ölçmesi gerekmektedir (5,25,57,64). Yapılan kilo kontrolünün, hastalıklarının izlemi için yetersiz olduğu görülmektedir.

Ni ve arkadaşları (100) kalp yetersizliği olan hastaların özbakıma bağlılığı ve bilgiyi etkileyen faktörler inceleyen çalışmalarında, %40

olgu günlük kilo kontrolü yapmazken, %27'si ayda iki kez yaptıklarını belirlemişlerdir.

Araştırmamızda da olgular, düzenli kilo kontrolü yapmamakta ve büyük çoğunluğu haftada bir kez kilo izlemi yapmaktadırlar. Bulgularımız Ni ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Artinian ve arkadaşlarının (101) yaptığı kalp yetersizliği olan hastaların web üzerinden uyumlarını ölçen pilot çalışmada, deney grubunda günlük kiloyu izleme %85, kontrol grubunda ise %79'dur. Bizim çalışmamızda ise günlük kilo izlemi yapan olguya rastlanmadı.

Artinian ve ark. (102) yapmış olduğu kalp yetersizliğinde özbakım davranışı adlı bir başka çalışmada ise, günlük kilo izlemi yapılması gerektiğine inanan hastaların %58'inin günlük kilo izleminin gerçekten önemli olduğuna inandıklarını saptamışlardır.

KKY olan bir hasta, ortalama fonksiyonel kapasitesi 5 MET düzeyinde ise işlevlerini yapabilirler ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilirler (75).

Çalışmamızda olguların MET düzeyleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%31,3) 5 MET düzeyinde olduğu ve günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yerine getirebildikleri görüldü (Tablo 9).

Tablo 10 incelendiğinde; olması gereken ağırlık limiti verilen olgularda; kilo kontrolü ($\chi^2=3.152$, $p=0.06$) ve bacaklarında ödem varlığını kontrol etme ($\chi^2=3.348$, $p=0.05$) durumunda anlamlı fark olmamasına rağmen, kilo ve ödem kontrolü izleminin, beklenen değer üzerinde olduğu görüldü. Ölçtükları kiloyu kaydetme durumu incelendiğinde; olguların kiloyu kaydetme durumu beklenen değer üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($\chi^2=5.602$, $p=0.01$).

Sağlık İnanç Modelinde bireylerin hastalıklarına uyum sağlamaları için duyarlılaştırma yapmak gerektiği vurgulanmaktadır (11,77). Araştırmamızdaki olgulara olması gereken ağırlık limiti verildiğinde; hastalıklarının ciddiyeti konusunda duyarlılaşmış ve bu nedenle daha fazla uyum göstermiş olabileceklerini düşünmekteyiz.

5.3. İUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin PUANLARI İLE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

İUHIÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile kadın ve erkekler arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($t=2.809$, $p=0,006$) (Tablo 11). Kadınların İUHIÖ'nin engel alt boyutunu daha fazla algıladıkları, inanç ve uyumlarının erkeklerden daha düşük olduğu görüldü.

Moser'in (49) kalp yetersizliği olan hastaların tedavilerini incelediği çalışmada tedaviye uyumsuz hastalar %33-64 oranında dekompanse kalp yetersizliği nedeniyle yeniden hastaneye yatmakta olduğunu belirlemiştir. Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yeniden yatışın yüksek olmasına rağmen, kadınların tedavi planına erkeklerden daha fazla bağlı kaldıkları ve yeniden yatan erkek hastaların %71'inin ilaca uyumsuz olduğu görülmüştür.

Aynı çalışmada (49) digoksin verilen 7247 yaşlı hastanın yalnız %10'u ilacını tanımlandığı gibi almış ancak kadınların uyum oranı ileri derecede anlamlı bulunmuştur .

Araştırmamızda Moser'in yapmış olduğu çalışmanın aksine, kadınlar İUHIÖ'nin engel boyutunu daha fazla algıladığı ve erkeklerden daha uyumsuz oldukları görülmektedir.

Artinian ve arkadaşlarının (102) yapmış olduğu kalp yetersizliği olan hastaların özbakım davranışlarını inceleyen çalışmada, hastaların %74'ünün ilaçları tanımlandığı gibi aldığını saptamışlardır .

Artinian ve ark. (101) Web üzerinden kalp yetersizliği olan hastaların uyumunu izledikleri çalışmada, deney grubundaki hastaların ilaçları izleme uyumları %94 olarak saptanırken kontrol grubunda ise doğru ilaç sayısı hesaplanamamış ve ilaçlara uyumunu ölçememişlerdir. Burada da görüldüğü gibi eğer hasta bireylere hastalığı yönetmede ilaçların önemi anlatılır ve yararlarına inanma engellerden daha yüksek olursa, ilaç kullanmaya uyum yüksek olacaktır.

Araştırmamız da DUHLÖ'in yarar ($t=-1.670$, $p=0.099$) ve engel alt boyutunda ($t=0.112$, $p=0.911$) kadın ve erkek olgular arasında fark görülmedi (Tablo 11).

Moser'in (22) yapmış olduğu, kadınlarda kalp yetersizliği adlı çalışmada, kalp yetersizliği kötüleşmesiyle yeniden hastaneye yatan erkek hastaların %62'si tuz kısıtlı diyete uymadıkları saptanmıştır.

Bennett ve arkadaşlarının (103) yapmış olduğu dekompanse kalp yetersizliği hastaların, hastaneye yatmaya neden olan presipitan faktörlerini inceledikleri çalışmada, diyette tuz kısıtlamasına uyumsuzluğun %50 olduğunu belirlemişlerdir.

Evangelista ve arkadaşları (104) kalp yetersizliği hastalarında uyum ve psikososyal değişkenleri belirlemek için yaptığı çalışmada, diyete uyumun (%71) ilaçlara uyumdan (%96) daha zayıf olduğu saptanmıştır .

Artinian ve arkadaşlarının (102) kalp yetersizliği hastalarının özbakım davranışlarını incelediği çalışmada %38-40 olgunun tuzlu yiyeceklerden sakındığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermemektedir.

BIUHLÖ'nin yarar alt boyutunda kadın ve erkekler arasında anlamlı fark vardır ($t=-2.04$, $p=0,04$). Erkeklerin kadınlara göre bireysel izlemin yarar davranışlarını daha fazla algıladığı ve uyumlarının daha yüksek

olduğu görüldü. Kadınlar yarar alt boyutuna daha az inanırken, bireysel izlemin engel boyutunu erkeklere göre daha fazla algılamaktadırlar.

Genellikle kadınların ve yaşlıların söylenenleri daha fazla yerine getirdikleri bilinmektedir (76). Bizim çalışmamızda ise, erkekler bireysel izlemlerine kadınlardan daha fazla inanmakta ve uyum sağlamaktadırlar.

IUHIÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=2.504$, $p=0.014$) (Tablo 12). Evlilerin IUHIÖ'nin yarar alt boyutunu daha fazla algıladığı görülmüştür. IUHIÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile medeni durum arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($t=-2.360$, $p=0.021$). Bekarların IUHIÖ'nin engel davranışlarını daha fazla algıladıkları ve inançlarının daha düşük olduğu görüldü.

DUHIÖ'nin yarar ($t=1.767$, $p=0.081$) ve engel alt boyutlarının toplam puanları ile medeni durum arasında fark bulunmadı ($t=0.076$, $p=0.940$) (Tablo 12).

BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=2.510$, $p=0.014$). Evlilerin ölçeğin yarar alt boyutuna daha fazla inandıkları görüldü. Engel alt boyut toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($t=-0.376$, $p=0.708$), (Tablo 12).

IUHIÖ'nde olduğu gibi BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunda evlilerin inancının yüksek olduğu belirlendi. Bu durumun eşlerin birbirlerine destek olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

IUHIÖ'nin yarar alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında anlamlı fark vardır ($t=2.484$, $p=0,015$) (Tablo 13).

IUHIÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular

arasında anlamlı fark bulundu ($t=-3.244$, $p=0,002$) (Tablo 13). Bilgisinin yeterli olmadığını söyleyenler DUHIÖ'nin engel alt boyutuna, inanç ve uyumları daha yüksektir.

Rich ve arkadaşlarının (44) yapmış olduğu kalp yetersizliği olan yaşlı hastaların ilaçlara uyumunu araştıran bir çalışmada, deney ve kontrol grubu karşılaştırılmış ve deney grubunda uyumun anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylere hastalıkları hakkında gerekli bilgiler verildiğinde hastalıklarına uyumlarının artacağı görülmektedir.

DUHIÖ'nin yarar alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($t=3.144$, $p=0,002$) (Tablo 13). Hastalığı hakkında bilgisinin yeterli olduğunu söyleyenlerin, bilgisinin yeterli olmadığını düşünenlerden diyetle daha fazla uyum gösterdikleri görülmektedir.

DUHIÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında anlamlı fark vardır ($t=-2.337$, $p=0,002$) (Tablo 13). Hastalığı hakkında bilgisinin yeterli olmadığını söyleyen olguların, DUHIÖ'nin engel alt boyut puanının yüksek olduğu görüldü ve diyetle inanç ve uyumlarının daha az olduğu saptandı.

Aynı zamanda beslenme bireyin yaşam biçiminin bir parçasıdır ve değiştirilmesi oldukça zordur (15). Bu nedenle beslenmesinde algıladığı engeller belirlendikten sonra, hasta ve ailenin beslenme alışkanlıkları öğrenilmeli ve bu doğrultuda gerekli duyarlılaştırma ve eğitim yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bennett ve ark. (105) KKY olan hastaların özbakım ve semptom yönetimini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hastalar

diyetin zorluğuna rağmen, ödemi önlediği için az tuzlu diyetle beslenmeyi sürdürdüklerini belirtmişlerdir.

BIUHIÖ'nin yarar ($t=-0.665$, $p=0,514$) ve engel ($t=-1.539$, $p=0,128$) alt boyutunun toplam puanı ile bilgisinin yeterli olduğunu söyleyen olgular ile yeterli bilgisi olmadığını söyleyen olgular arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 13).

Rockwell ve Riegel'in (106), kalp yetersizliği olan hastalarda özbakım göstergelerini incelediği ve Carlson ve ark. (107) kalp yetersizliği olan hastalarda özbakım yeteneğini araştırdığı çalışmalarda, yüksek eğitilmiş kişilerin düşük eğitilmiş kişilere göre özbakımlarına daha fazla dikkat ettikleri saptanmıştır.

Evangelista ve arkadaşlarının (104) çalışmasında, her konuda uyumda yüksek eğitilmiş kişilerin yüksek mental ve fiziksel sağlık, yüksek sağlık doyumu ve düşük nerotik kişilikle anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Yukarıdaki çalışmalara benzer, bizim çalışmamızda hastalığı hakkında yeterli bilgisinin olduğunu söyleyen olguların, inanç ve uyumlarının daha yüksek olduğu görölmektedir.

Literatürde bireylerin yeterli bilgisi olmazsa, hastalık yönetimine uyumsuzluk gösterebileceği belirtilmektedir (11,63). Çalışma bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu görölmektedir.

IUHIÖ'nin yarar alt boyut toplam puanı ile NYHA sınıf II ile III arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($t=0.712$, $p=0.47$), engel alt boyutunun toplam puanı ile NYHA sınıf II ile III arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($t=-3.114$, $p=0,003$). DUHIÖ ve BIUHIÖ'lerinin yarar ve engel alt boyutlarının toplam puanları ile NYHA sınıf II ve sınıf III arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 14). NYHA

sınıf III olan kalp yetersizliği hastalarının IUHIÖ'nin engel alt boyutunu daha fazla inandıkları ve uyumlu olmadığı görülmektedir.

NYHA III. sınıf da olan KKY hastalarının, semptomlarının daha çok olması ve daha fazla ilaç kullanma nedeniyle, inanç ve uyumlarının düşük ve engel davranışlarını daha fazla algılamakta olduklarını düşünmekteyiz.

Acil başvurudan sonra düzenli kontrole gitme ile IUHIÖ'nin yarar ($t=0.175$, $p=0.86$) ve engel ($t=1.189$, $p=0.23$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

DUHIÖ'nin yarar ($t=-0.512$, $p=0.61$) ve engel ($t=0.358$, $p=0.72$) alt boyutları arasında anlamlı fark görülmedi.

BIUHIÖ'nin yarar ($t=-0.300$, $p=0.76$) ve engel ($t=1.99$, $p=0.27$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi. (Tablo 15).

Çalışmamızda düzenli kontrole giden ve gitmeyen olguların uyum puanlarının farklı olmayışı, düzenli kontrole gitmenin, olguların inanç ve uyumlarını artırmadığını göstermektedir.

IUHIÖ'nin yarar alt boyut ($t=-0.214$, $p=0.83$) ve engel ($t=-0.531$, $p=0.59$) alt boyutları ile hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 16).

BIUHIÖ'nin yarar ($t=0.934$, $p=0.35$) ve engel ($t=1.205$, $p=0.23$) alt boyutları ile hipertansiyon arasında istatistiksel farklılık belirlenmedi (Tablo 16).

DUHIÖ'nin yarar alt boyutu ile hipertansiyon arasında anlamlı fark görülmezken ($t=-0.214$, $p=0,83$), DUHIÖ'in engel alt boyutu ile hipertansiyon arasında anlamlı fark saptanmıştır ($t=3.008$, $p=0,004$) (Tablo 16). Hipertansiyonu olan olguların diyetin engellerine daha fazla

inandıkları ve diyete uyumda engel davranışlarının daha fazla algıladıkları görülmüştür

Bennett ve ark. (103) dekompanse kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yatma özelliklerini araştırdığı çalışmada eğer kalp yetersizliği hastalarına tuz kısıtlı diyet verilmezse DUHIÖ'ne de uymadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda ki olgulara tuzsuz yemesi konusunda herhangi bir açıklama yapılmamış olup, Bennett ve ark. çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Diyabetes mellitusu (DM) olan ve olmayan olgularla IUHIÖ'nin yarar alt boyutu ve DUHIÖ, BIUHIÖ'in yarar ve engel alt boyutları arasında fark yoktur ($p>0,05$). IUHIÖ'in engel alt boyutunda DM olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($t=2.232$, $p=0.02$) (Tablo 17). DM olan olguların ilaç kullanmaya daha uyumlu olması beklenirken, engel davranışlarını daha fazla algıladıkları saptandı.

Bireyin olası önleyici eylemi (yaşam şeklindeki değişiklikler, tıbbi tedavilere artmış bağımlılığı) ve eylemin yararlarının algılanması durumunda olumlu davranış değişikliği olacağı Sağlık İnanç Modelinde yer almaktadır (12,13). Çalışmamızda; KYY ile birlikte diyabeti olan hastaların, tıbbi tedavilere artmış bağımlılığı olabileceğini ve bu nedenle yarar davranışının daha yüksek ve uyumlu olacağını bekledik. Ancak literatürün tersine, olguların engel davranışını daha fazla algıladığı görüldü.

IUHÖ ve DUHIÖ'nin yarar ve engel alt boyutunun toplam puanı ve BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunun toplam puanı ile valvüler kapak hastalığı arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,05$). BIUHÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile valvüler kapak hastalığı olan ve olmayan olgular arasında ise anlamlı fark olduğu saptandı ($t=2.042$, $p=0.45$) (Tablo 18).

İnceleyebildiğimiz kalp yetersizliği inanç ve uyum çalışmalarında bu konu ile ilgili bulgulara rastlamadık. Ancak yaptığımız çalışmada KKY'ne ilave olarak valvüler kapak hastalığı olan olguların bireysel izlemin engel davranışlarını daha fazla inanmakta ve algılamakta olduğu görülmektedir. Literatürde kronik hastalıklarda hastaların uyumlarının zayıfladığı bildirilmektedir (76,103). Bireysel izleme uyumsuzluğun; KKY olan hastaların, hastalıklarının yanısıra diğer bir kronik hastalıkla başetmek zorunda kalması nedeniyle olabileceğini düşünmekteyiz.



6. SONUÇLAR

IUHİÖ, DUHİÖ ve BIUHİÖ'nin KKY olan hastaların uyum ve inancını belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını ve KKY olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, elde edilen veriler değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

♥ Test yeniden test güvenilirliğinde IUHİÖ'nde yarar alt boyutunda ICC değeri 0.90, engel alt boyutunda ise 0.91; iç tutarlık analizi için yapılan Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.74, engel alt boyutunda 0.59 olarak bulunmuş olup, geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabilir olduğu saptandı ($p<0.0001$).

♥ DUHİÖ'nin ICC katsayısı yarar ve engel alt boyutunda da 0.86 ve güvenilir olduğu bulundu ($p<0.0001$); iç tutarlık analizinde Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.71, engel alt boyutunda 0.58 olarak bulundu, geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği belirlendi.

♥ BIUHİÖ'nin ICC değeri yarar alt boyutunda 0.90 ve engel alt boyutunda ise 0.93 olarak bulundu ($p<0.0001$); Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.77, engel alt boyutunda 0.68 olarak belirlenmiş olup, geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir olduğu saptandı (Tablo 1).

♥ IUHİÖ'nin yarar alt boyutu ($t=-0.788, p=0.432$) ve engel alt boyutu ($t=-0.300, p=0.765$), DUHİÖ'nin yarar alt boyutu ($t=-1.763, p=0.080$), ve engel alt boyutu ($t=0.318, p=0.751$), BIUHİÖ'nin yarar alt boyutu ($t=-1.872, p=0.063$) ve engel alt boyutunun ($t=0.536, p=0.593$) toplam puan ortalamaları benzer olup aralarında istatistiksel olarak fark yoktur. Ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi (Tablo 2).

♥ IUHIÖ'nin yarar alt boyutu ile DUHIÖ'nin yarar alt boyutu arasında anlamlı ilişki $r=0.63$ ($p=0.000$), IUHIÖ'nin yarar alt boyutu ile BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu arasında anlamlı ilişki $r=0.51$ ($p<0.0001$), DIUHIÖ'nin yarar alt boyutu ile BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı $r=0.47$ ($p<0.0001$) (Tablo 3).

♥ IUHIÖ'nin yarar alt boyutunda minimum ve maksimum ortalama puanlar 3.41-4.05, DUHIÖ'nin yarar alt boyutunda 2.60-3.95 ve BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunda ise 2.66-3.76 olarak belirlendi. IUHIÖ'nin engel alt boyutunun ortalama puanları 2.37-3.65 ve DUHIÖ'nin engel alt boyutunun ortalama puanı 2.01-3.61 ve BIUHIÖ'nin engel alt boyutunun puan ortalaması ise 2.31-3.16 olarak saptandı. Bu ortalama puanlar olguların inandığı ve katıldığı davranışların yarar alt boyutunda daha yüksek olduğunu gösterdi (Tablo 4).

♥ Araştırmaya alınan olguların yaş ortalaması 59.33 ± 12.52 , BKI'nin 26.13 ± 4.11 olduğu, sigara kullanan (%21.3) ve alkol (%13.8), alanların az olduğu büyük çoğunluğunun ev hanımı (%30), emekli (%26.3) ve ailesi ile yaşadığı (%86,3) ve ekonomik durumunun iyi, emekli sandığına bağlı (%51.3), Marmara bölgesinde (%85) ve şehir merkezinde (%68.8) yaşadığı saptandı (Tablo 5).

♥ Olguların %60'ının hastalığı iki yıldan daha uzun zamandan beri devam etmekte, %51.2'si NYHA sınıf III olduğu, son altı ay içinde %48.8 olgunun acil başvuru yaptığı ve bunların % 33.8'inin bir kez kontrole gittiği ve %37.5'inin acilden sonra düzenli kontrole gittiği belirlendi. Olguların %40'ının yılda bir kez sağlık kontrolüne gittiği, %58.8'inin hastalığı hakkında bilgisi olduğu ve %93.8'inin bu bilgiyi hekimden aldığı tespit edildi (Tablo 6).

♥ KKY'nin yanı sıra, var olan diğer kronik hastalıklar, hipertansiyon (%47.5), diyabet (%35), iskemik kalp hastalıkları (%21.2), KOAH

(%16.2), valvüler kapak hastalığı (%12.5), böbrek yetmezliği (%3.8) ve diğer hastalıklar (Ülser vb) (%23.8) olduğu görüldü (Tablo 7).

♥Olguların büyük çoğunluğunun haftada bir kez (%58.8) kilo kontrolü yaptığı (Tablo 8) ve büyük çoğunluğun (%31.3) fonksiyonel kapasitesinin 5 MET düzeyinde olduğu saptandı (Tablo 9).

♥Olgulara ağırlık limiti verildiğinde, kilolarını ($\chi^2=3.152$, $p=0.06$) ve bacaklarında ödem varlığını kontrol etmede ($\chi^2=3.348$, $p=0.05$) fark olmadığı saptandı ($\chi^2 =3.152$, $p=0.06$). Ancak ağırlık limiti verildiğinde, anlamlılık yaratacak şekilde kilolarını kaydettikleri görüldü ($\chi^2 =5.602$, $p=0.01$) (Tablo 10).

♥KKY olan hastaların cinsiyetine göre IUHIÖ'nin engel alt boyutunda kadınların anlamlı fark yarattıkları ve erkeklere göre daha uyumsuz oldukları tespit edildi ($t=2.809$, $p=0.006$). DUHIÖ'nde anlamlı fark saptanmazken, BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunda ($t=-2.041$, $p=0.045$) ve engel alt boyutunda ($t=2.689$, $p=0.009$) fark bulundu (Tablo 11).

♥IUHIÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=2.504$, $p=0.014$). IUHIÖ'nin engel alt boyutunun toplam puanı ile medeni durum arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($t=-2.360$, $p=0.021$). Evlilerin ölçeklerin yarar alt boyutunu daha fazla algıladıkları ve bekarların ise engel alt boyutunu daha fazla algıladıkları ve evlilerden daha uyumsuz oldukları görüldü. DUHIÖ'nin yarar ($t=1.767$, $p=0.081$) ve engel alt boyutlarının toplam puanları ile medeni durum arasında fark bulunmadı ($t=0.076$, $p=0.940$). BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=2.510$, $p=0.014$). BIUHIÖ'nin yarar alt boyutuna evlilerin bekarlardan daha fazla inandıkları görülmektedir. Engel alt boyut toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($t=-0.376$, $p=0.708$), (Tablo 12).

♥ Hastalığı hakkında yeterli bilgisinin olduğunu söyleyen olguların IUHIÖ'nin yarar alt boyutuna daha fazla inandıkları ($t=2.484$, $p=0.015$), yeterli bilgisi olmayanların engel alt boyutuna daha fazla inandıkları ($t=-3.244$, $p=0.002$) saptandı. Yeterli bilgisi olan olguların DUHIÖ'nin yarar alt boyutuna daha fazla inandıkları ($t=3.144$, $p=0.002$), bilgisi olmayanların da engel alt boyutuna daha fazla inandıkları belirlendi ($t=-2.337$, $p=0.002$). BIUHIÖ'nin yarar ve engel alt boyutları ile yeterli bilgi arasında fark belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 13).

♥ NYHA fonksiyonel sınıflamasına göre II ve III. sınıf ile IUHIÖ'nin yarar alt boyutunda fark bulunmazken ($t=0.712$, $p=0.47$), engel alt boyutunda NYHA III. sınıf olan KKY olan hastaların IUHIÖ'nin engel alt boyutunun daha fazla inanmakta ve uyumlarının daha zayıf olduğu görüldü ($t=-3.114$, $p=0.003$). DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin yarar ve engel alt boyutlarının toplam puanı ile NYHA arasında fark belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 14).

♥ Acil başvurudan sonra düzenli kontrole gitme ile IUHIÖ'nin yarar ($t=0.175$, $p=0.86$) ve engel ($t=1.189$, $p=0.23$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. DUHIÖ'nin yarar ($t=-0.512$, $p=0.61$) ve engel ($t=0.358$, $p=0.72$) alt boyutları arasında anlamlı fark görülmedi. BIUHIÖ'nin yarar ($t=-0.300$, $p=0.76$) ve engel ($t=1.99$, $p=0.27$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi. (Tablo 15).

♥ Hipertansiyon olan hastalar ile IUHIÖ ve BIUHIÖ'nin yarar ve engel alt boyutları toplam puanları arasında fark saptanmadı ($p>0,05$). Olguların DUHIÖ'nin yarar alt boyutunda anlamlı fark saptanmazken ($t=0.185$, $p=0.85$), DUHIÖ'nin engel alt boyutu ile hipertansiyon arasında fark bulundu ($t=3.008$, $p=0.04$) (Tablo16). Hipertansiyonu olan olguların diyetine daha uyumsuz olduğu görüldü.

♥Diyabeti olan olgular ile İUHİÖ'nin yarar alt boyutu ve DUHİÖ, BIUHİÖ'nin yarar ve engel alt boyutları toplam puanları arasında fark bulunmadı ($p>0,05$). İUHİÖ'nin engel alt boyutu ile DM'li olgular arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu görüldü ($t=2.232$, $p=0.02$) (Tablo 17). Diyabeti olan olguların İUHİÖ'nin engel alt boyutunu daha fazla algıladığı ve engel yönünde inaçlarının daha fazla ve uyumsuz oldukları belirlendi.

♥İUHİÖ ve DUHİÖ'nin yarar ve engel alt boyut toplam puanları ve BIUHİÖ'nin yarar alt boyut toplam puanı ile valvüler kapak hastalığı olanlar arasında fark gözlenmedi ($p>0,05$). BIUHİÖ'nin engel alt boyut toplam puanı ile valvüler kapak hastalığı olan ve olmayan olgular arasında ise anlamlı fark saptandı ($t=2.042$, $p=0.45$) (Tablo 18). Valvüler kapak hastalığı olan olguların BIUHİÖ'nin engel alt boyutunu daha fazla algıladıkları görüldü.

7. ÖNERİLER

KKY'nde ortaya çıkan klinik semptom, bulgular ve patolojik süreç; yaşam aktivitelerini karşılamada yetersizliğe neden olmakta, yaşam süresini kısaltmakta ve hasta bireyin yaşam kalitesini bozmaktadır. KKY olan hastalar, yaşam kaliteleri bozulmadan, komplikasyonsuz ve daha sağlıklı yaşamaları için, hastalıklarını başarıyla yönetmelidirler.

♥Hastalığın yönetim kapsamında olan ilaç alımı, diyet ve bireysel izlemi yaparken kişinin, yarar ve engel davranışlarını ne kadar algıladığı, IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ ile belirlenmelidir.

♥KKY olan hastalara bakım veren sağlık profesyonelleri ve kardiyoloji hemşiresi tarafından, bu ölçekler kullanılarak ilaç, diyet ve bireysel izleme uyum artırılabilir.

♥KKY olan bireylerin hastalığının yönetiminde inandığı ve algıladığı engeller yararlılardan daha fazla ise, hastalıklarına o konuda uyumsuz olacaktır. Bu nedenle bireyin inandığı ve algıladığı yararlar artırılmalıdır.

8. ÖZET

Bu çalışma, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (IUHIÖ) (The Beliefs about Medication Compliance Scale) ve Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) (The Beliefs about Dietary Compliance Scale), Bireysel İzleme Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin (BIUHIÖ) (The Beliefs about Self Monitoring Scale) Türkçe şeklinin geçerlik ve güvenilirliğini yaparak, ölçeğin KKY olan hastaların uyum ve inançlarını belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını belirleyerek, KKY olan bireylerin hastalık yönetimindeki inanç ve uyumlarını saptamak amacıyla planlandı.

Araştırma İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan Siyami Ersek Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Avrupa yakasında bulunan İ.Ü. Çapa Tıp Fakültesi Hastanesinin Kardiyoloji polikliniğinde 1 Temmuz 2002 ile 31 Ekim 2003 tarihleri arasında toplam 80 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmaya; New-York Heart Association'a (NYHA) göre fonksiyonel kapasitesi II-III olan, 20-79 yaş arasında, en az okur yazar, bilinci açık, en az 6 ay önce kalp yetersizliği tanısı konulmuş, hastalar arasından çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü KKY olan hastalar alındı.

Verilerin, IUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen bilgi formu kullanılarak toplandı. Elde edilen veriler "Anova ICC, t testi, Cronbah α , pearson's momentler korelasyon katsayısı, ki-kare kullanılarak değerlendirildi.

Test yeniden test güvenilirliği IUHIÖ'nin yarar alt boyutu 0.90 ve engel alt boyutu 0.91 olarak anlamlı bulundu. İç tutarlık analizi için yapılan Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.74, engel alt boyutunda 0.59 olarak bulundu, geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabilir olduğu saptandı ($p<0.0001$).

DUHIÖ'nin test yeniden test güvenilirliği, yarar ve engel alt boyutunun anlamlı olduğu saptandı 0.86, ($p<0.0001$). Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.71, engel alt boyutunda 0.58 olarak bulundu, geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir olduğu belirlendi.

Test yeniden test güvenilirliği BIUHIÖ'nin yarar alt boyutu 0.90 ve engel alt boyutu 0.93, ($p<0.0001$) anlamlı olduğu saptandı. Cronbach α değeri yarar alt boyutunda 0.77, engel alt boyutunda 0.68 olarak bulundu, geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir olduğu tespit edildi.

Olgulara ağırlık limiti verildiğinde, kilolarını ($\chi^2=3.152$, $p=0.06$) ve bacaklarında ödem varlığını kontrol etmede ($\chi^2=3.348$, $p=0.05$) fark olmadığı saptandı. Ancak ağırlık limiti verildiğinde, anlamlılık yaratacak şekilde kilolarını kaydettikleri görüldü ($\chi^2=5.602$, $p=0.01$) (Tablo 10).

KKY olan hastaların cinsiyetine göre IUHIÖ'nin engel alt boyutunda kadınların anlamlı fark yarattıkları ve daha fazla uyumsuz oldukları tespit edildi ($t=2.809$, $p=0.006$). DUHIÖ'nde anlamlı fark saptanmazken, BIUHIÖ'nin yarar alt boyutunda ($t=-2.041$, $p=0.045$) ve engel alt boyutunda ($t=2.689$, $p=0.009$) istatistiksel olarak fark bulundu.

Sonuç olarak; IUHIÖ, DUHIÖ ve BIUHIÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğin yüksek olduğu bulundu ve ülkemizde geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Kronik kalp yetersizliği, uyum, inanç, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Bireysel İzleme Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği.

9. SUMMARY

BELIEFS AND COMPLIANCE OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC HEART FAILURE CONCERNING DISEASE MANAGEMENT

This study had been planned to define the beliefs and compliance of individuals with chronic heart failure concerning disease management by performing the validity and reliability studies of the Turkish versions of the following scales; The Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS), The Beliefs about Dietary Compliance Scale (BDCS), The Beliefs about Self Monitoring Scale (BSMS), and by determining whether the scale is a valid and reliable tool in defining the beliefs and compliance of patients with chronic heart failure.

The study had been carried out with 80 patients at Siyami Ersek Chest Diseases located in the Asian side, and at the Hospital of I.U.¹ Medical Faculty located in the European side of Istanbul, between dates July 1, 2002 and October 31, 2003. According to the study's inclusion criteria; patients should have a functional capacity of II-III according to New York Heart Association, should be of ages 20-79, should at least be literate (being able to read and write), should have a clear conscious, should have been diagnosed with heart insufficiency at least 6 months ago, and should have volunteered to participate the study.

Data were gathered by BMCS, BDCS, BSMS, and by the researcher using a questionnaire that was developed in light of the literature. Obtained data were evaluated by "ANOVA ICC, t test, Cronbach α , Pearson's moments correlation coefficient, and chi-square.

¹ University of Istanbul

Test-retest reliability, BMCS's benefit and barrier sub-dimension were found significant, being 0.90 and 0.91 respectively ($p < 0.0001$). In the Cronbach α test performed to analyse inner coherence, obtained values were 0.74 for benefit sub-dimension and 0.59 for barrier sub-dimension, from which the scale was concluded to be a valid and reliable tool to use.

Test-retest reliability of BDCS, benefit and barrier sub-dimension were found to be significant (0.86), ($p < 0.0001$) . Cronbach α values were 0.71 for benefit sub-dimension and 0.58 for barrier sub-dimension, and the tool was defined to be valid and reliable tool.

Test-retest reliability of BSMS benefit and barrier sub-dimensions was found to be significant, 0.90 and 0.93, ($p < 0.0001$) respectively. Cronbach α values were 0.77 for benefit sub-dimension and 0.68 for barrier sub-dimension, and it was defined that the tool was valid and reliable.

When the subjects were given weight limit, it was seen that there were no differences in controlling the weight and the presence of oedema on their legs, but that they lost weight, producing significance ($\chi^2 = 5.602$, $p = 0.01$).

According to the sexes of the individuals with heart failure, women were noted to produce a significant difference for the barrier sub-dimension of BMCS ($t = 2.809$, $p = 0.006$), and they were found to have less adaptation compared to men. Statistical differences were found for the benefit ($t = -2.041$, $p = 0.045$) and barrier ($t = .689$, $p = 0.009$) sub-dimensions of BSMS, while no such significant differences were noted for BDCS.

As a result, the validity and reliability levels of BMCS, BDCS and BSMS were found high and it was concluded that it was a valid and reliable tool to be used in our country.

Key words: Chronic heart failure, beliefs, compliance, The Beliefs about Medication Compliance Scale, The Beliefs about Dietary Compliance Scale, The Beliefs about Self Monitoring Scale.



10.KAYNAKLAR

1. Davies SW, Byliss J. Kronik Kalp Yetersizliği, Klinisyen El Kitabı. Bristol Myers Squibb İlaçları Ltd, İstanbul, 1994.
2. Aksöyek S, Özkan AA, Enar R, İlerigelen B, Okay T, Payzın S, Pehlivanoğlu S, Usal A. Kalp Yetersizliği. Ed. Enar R, İlerigelen B, Okay T, Kayet, 1999.
3. Akçipek F, Akyürek Ö, Büyüköztürk K, Canberk A, Çağlar N, Eryılmaz Y, Koylan N, Kozan Ö, Nalbantgil İ, Oto Ö, Tokgözoğlu L. Kalp Yetersizliği. 1. baskı, Üniform matbaacılık, İstanbul, 2003.
4. Albert NM. Manipulating survival and life quality outcomes in heart failure through disease state management. Crit Care Nurs Clin North Am 1999; 11: 121-141.
5. Enç N, Yiğit Z, Altıok M G, Özer S, Oğuz S. Kalp Yetersizliği. İçinde: Türk Kardiyoloji Derneği Hemşirelik Bakım Kılavuzu, İstanbul, 2003; 11-45.
6. McMurray J, Dargle H. Chronic Heart Failure. Martin Dunitz, London,1994.
7. Managing Congestive Heart Failure. Heart and Stroke Foundation. Ottawa Health Research Institute. Medical Care 2002;40:271-282.
8. Linton A D, Matteson M A, Maebius N K. Introductory Nursing Care of Adults. W.B. Saunders, Philadelphia, 2000; 594-602.
9. Linda B, Sheila M. Critical Care Nursing. WB Saunders, Philadelphia,1999.
10. Stewart S, MacIntyre K, Capewell S, McMurray JJ. Heart failure and the aging population: An increasing burden in the 21st century? Heart 2003; 89: 49-55.
11. Cline CM, Israelsson BY, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. Heart 1998; 80: 442-6.

12. Olgun N, Oğuz S: Etkili sağlık eğitiminde Sağlık İnanç Modelinin kullanımı. IV.Ulusal hemşirelik eğitimi sempozyumu (Uluslararası katılımı), Çevik matbaacılık, İstanbul,1999; 216-8.
13. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice. Fourth Ed, Mosby, St. Louis,1997; 8-9, 265-266.
14. Bennett SJ, Milgrom LB, Champion V, Huster GA. Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: an instrument development study. Heart&Lung 1997; 26: 273-279.
15. Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. Hurst's The Heart. Çeviri Ed. Ali Metin Esen. And yayıncılık, İstanbul, 2002;655-680.
16. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirek Bakımı. Vehbi koç vakfı SANERC Yayın No:2, İstanbul, 2003; 457-487.
17. Kepez A, Kabakçı G. Kalp yetersizliği tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 2004;35;69-81.
18. Çalangu S, Siva A, Tuzcu M. Cecil Essential of Medicine Türkçesi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000; 33-39.
19. Heper C, Heper Y, Moğol E. Kardiyoloji 2000. Alfa Basım Yayım Ltd. Şti. İstanbul, 2000; 199-215.
20. Dörtlemez H. Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu Sempozyumları Kitapçığı. Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu. İstanbul, 2000.
21. McCromick SA. Advanced practice nursing for congestive heart failure. Crit Care Nurs Q 1999; 21: 1-8.
22. Moser DK. Heart Failure in Women. Crit Care Nurs Clin North Am 1997; 9: 4.
23. Sullivan M J, Hawthorne M H. Nonpharmacologic Interventions in the Treatment of Heart Failure. J Cardiovasc Nurs 1996; 10: 47-57.
24. Albert NM. Implementation Strategies to Manage Heart Failure Outcomes. AACN Clinical Issues 2000; 11: 396-411.
25. Evaluation and management of chronic heart failure in the adult. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelenes 2002; 4-40.

26. Fontana JA, Colella C, Baas LS, Ghazi F. T'ai chi chih as an intervention for heart failure. *Nurs Clin North Am* 2000; 35:1031-1045.
27. Martin T. How heart failure complicates care. *Nursing* 2002; 32: 1-5.
28. Ignatavicius DD, Workman LL, Mishler MA. *Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*, WB. Saunders, Philadelphia, 1995; 889.
29. Argon G. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı. *Kronik Hastalıklarda Bakım*, Intertıp tıbbi yayıncılık, İstanbul, 2002; 67-88
30. İliçin G, Ünal S, Biberöglü KS, Akalın SE, Süleymanlar G. *Temel İç Hastalıkları*. Ed. Prof. Dr. Gürler İliçin. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.
31. Gök H. *Klinik Kardiyoloji*. Nobel tıp kitabevi, İstanbul, 1966; 213-236.
32. Urden LD, Stacy KM. *Critical Care Nursing*. 3. Ed. Mosby, St. Louis, 2000; 160-166.
33. Sorrentino MJ. Konjestif kalp yetersizliğinin nedenleri. *Sendrom*, 1997; 101:78-84.
34. Kotecki CN. Heart Failure. In: Bucher L, Sheila M. *Critical Care Nursing*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1999; 258-284.
35. Carelock J, Clark AP. Heart failure: Pathophysiologic mechanisms. *AJN* 2001; 101: 26-33.
36. Çalangu S, Güler K. *Acil Dahiliye*. Güzel sanatlar matbaası. İstanbul, 1995; 239-284.
37. Sorrentino MJ. Konjestif kalp yetersizliğinde ilaç tedavisi. *Sendrom* 1997; 101:93-99.
38. Bither CJ, Apple S. Home management of the failing heart. *AJN* 2001; 101: 41-45.
39. Durmaz B, Durmaz İ. *Kardiyak Rehabilitasyon*. İçinde: Ed: H. Oğuz. *Tıbbi Rehabilitasyon*. Nobel Kitabevi, İstanbul, 1995; 735-47.
40. Ekşioğlu, E. *Kardiyak Rehabilitasyon*. *Yeni Tıp Dergisi* 1994; 11: 50-55.

41. Froelicher VF, Myers JN. Exercise and the Heart. 4. Ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 2000; 93-95.
42. Fuller J, Schaller-A J. Health Assessment A Nursing Approach. 2.Ed. J.B.Lippincott, Philadelphia, 1994; 225-337.
43. Gulanick M, Klopp A, Galanes S, Gradishar D, Puzas MK. Nursing Care Plans Nursing Diagnosis and Intervention. Mosby, St.Louis, 1998; 270-281.
44. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. Effect of a multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333: (Abstr) 1190-95.
45. Karb VB, Queener SF, Freeman JB. Handbook of Drugs for Nursing Practice. Mosby, St. Louis, 1996.
46. Koseim LM, Pifer EA, Zimmer RR. Kompleks kalp yetersizliğinde etkili tedavi. Sendrom 2000;105;27-35.
47. Güneş B. Kardiyoloji İndeksi. Medikal İndeks, Türkiye, 2003.
48. Colonna P, Sorino M, D'Agostino C, Bovenzi F, Luca LD, Arrigo F: Nonpharmacologic care of heart failure: counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. Am J Cardiol 2003;91(suppl):41-50.
49. Moser DK. Maximizing therapy in the advanced heart failure patient. J Cardiovasc Nurs 1996; 10: 29-46.
50. House-Fancher MA, Griego L. Nursing Role in Management Congestive Heart Failure and Cardiac Surgery. SM Lewis et al. (eds). Medical Surgical Nursing: Assesment and Managment of Clinical Problems. Mosby, New York, 1996; 932.
51. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, Young JB. Team management of patients with heart failure. Circulation 2000; 102: 2443.
52. Jaarsma T, Halfens R, Huijjer AH, Dracup K, Gorgels T, Ree JV, Stappers J. Efects of education and support on self-care and resource utilazation in patients with heart failure. Eur Heart J 1999; 20: 673-82.

53. Fonarow GC, Creaser JW, Livingston N. The clinic model of heart failure care. Available at:<http://www2.healthcare.ucla.edu/transplant/pdfs/chfchap.pdf>
54. Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. İ.Ü. Basımevi. İstanbul, 1996; 32-39.
55. Julian DG, Cowan JC, McLenachan JM. Cardiology. WB Saunders, London, 1998.
56. Letterer, R A, Carew B, Reid M, Woods P. Learning to live with congestive heart failure. Nursing 1992; 34-41.
57. The Washington Home Center For Palliative Care Studies. A Division of RAND Corporation. Living With Advanced Congestive Heart Failure: A Guide for Family Caregivers 2002.
58. Tucker S M, Canobbio M M, Paquette EV, Wells MF. Patient Care Standards Collaborative Planning & Nursing Interventions. Mosby, St.Louis, 2000; 89-114.
59. Dracup K, Dunbar RA, Baker DW. Rethinking heart failure. AJN 1995; 95: 23-27.
60. Domaniç N. Kardiyoloji. Nobel tıp kitabevleri, İstanbul, 1999.
61. Massie BM. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastanın Yönetimi. In: Crawford MH, DiMarco JP. Crawford Kardiyoloji. 2. cilt. Mosby, İstanbul, 2003; 5.1-5.16.
62. Congestive Heart Failure: Caring for Yourself at Home. Available at: <http://www.cpmc.org/learning/documents/rg-chf-home.html>
63. Smeltzer SC, Bare BG: Textbook of Medical- Surgical Nursing, 9. Edition, New York, 2000; 662
64. Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Batukan Ö. Kalp Yetersizliğ Hasta El Kitabı. Yelken Basım Yayın, İstanbul, 2002.
65. A guideline for the management of heart failure. Health professionals guide 2001; 1-30.
66. Ammon S. Managing patients with heart failure. AJN 2001; 101:34-40.

67. Adams CD, Bennett S. Exercise in Heart Failure: A Synthesis of Current Research. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing 2000; 7:1-9.
68. Dewald T, Gauden L, Beyler M, Whellan D, Bowers M. Current trends in the management of heart failure. Nurs Clin North Am 2000; 35: 855-873.
69. Simons MR. Interventions related to compliance. Nurs Clin North Am 1992; 27: 477-485.
70. Ulrich SP, Canale SW. Nursing Care Planning Guides-Care Planner. Available at: [http://www.us.elsevierhealth.com/SIMON/Ulrich/Constructor.diagnoses.cfm?did= Nursing Care Planning Guides-Care Planner](http://www.us.elsevierhealth.com/SIMON/Ulrich/Constructor.diagnoses.cfm?did=Nursing_Care_Planning_Guides-Care_Planner).
71. Kaplan NM, Weber MA. Hipertansiyon Esasları El Kitabı. Çeviri Ed: Hakan Karpuz. Avrupa tıp kitapçılık ltd. şti, İstanbul, 2003.
72. Huiskes B. Heart failure and home care. Home health care: Nursing and the health care system 2002; 411- 444.
73. Venner GH, Seelbinder JS. Team management of congestive heart failure across the continuum. J Cardiovasc Nurs 1996; 10: 71-84.
74. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş ofset, İstanbul, 1999; 24-26.
75. Stone SC, MCGuire SL, Eigsti DG. Comprehensive Community Health Nursing. Mosby, St.Louis, 2002; 386-387.
76. Şahin D. Hasta Tedavi Ekibi İlişkisi. İçinde: Ed. Ülgen HO. Sağlık Psikolojisi Giriş. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19. 1. Basım Ankara, 1999; 39-78.
77. Nies MA, McEwen M. Community Health Nursing. 3.Ed. WB Saunders, Philadelphia, 2001; 53-57.
78. Bennett SJ, Hays LM, Embree JL, Arnould M. Heart Messages. A tailored message intervention for improving heart failure outcomes. J Cardiovasc Nurs 2000; 14: 94-105.
79. Tezbaşaran A A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. 2. Bası, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997; 45-51.

80. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Ed: Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İske Süreç ve Yöntemler. HEMAR-GE Yayın No 1. Odak ofset, İstanbul, 2002; 169-187.
81. Dereboy İ F, Dereboy Ç, Sevinçok L, Kaynak H. Gençlerde kimlik gelişimi sürecini değerlendirmekte kullanılan iki ölçeğin psikometrik özellikleri: karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri dergisi 1999; 10: 92-101.
82. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. HEMARGE 2002; 4: 9-20.
83. Karaman T. Psikiyatri araştırmalarında güvenirlik sorunu. Türk Psikiyatri Dergisi 1994; 5: 99-102.
84. Shrout PF, Fleis JI. Intraclass Correlations: uses in assessing interrater reliability. Psychol Bull 1979; 36: 420-428.
85. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I. Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik araştırma dergisi 2002; 4: 9-14.
86. Carlson ED. A Case Study in Translation Methodology Using the Health-Promotion Lifestyle Profile II. Public Health Nurs 2000; 17: 61-70.
87. Burns N, Grove SK. Practice of Nursing Research Conduct, Critique, & Utilization. 2. Ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 1993; 385-389.
88. Pınar R. Reliability and Construct Validity of the SF-36 in Turkish Cancer Patients. Qual Life Res [serial online] 2004; 1-6. Available at: <http://www.kluweronline.com/issn/0962-9343>.
89. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik. 3. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 1999.
90. Bennett S, Perkins S, Lane KA, Forthofer MA, Brater C, Murray MD . Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. Heart&Lung 2001; 30: 177-185.

91. Clark DO, Tu W, Weiner M, Murray MD. Correlates of health-related quality of life among lower-income, urban adults with congestive heart failure. *Heart&Lung* 2003; 32: 391-401.
92. Onat A. Halkımızda koroner kalp hastalığının morbidite ve mortalite etmenlerinin nisbi riski. İçinde: Ed. Onat A. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı, TEKHARF Çalışması. Ohan Matbaacılık Ltd. Şti, İstanbul, 2000; 25-33.
93. Sansoy V. Türk erişkinlerinde beden kitle indeksi ve bel kalça oranları. İçinde: Ed. Onat A. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı, TEKHARF Çalışması. Ohan Matbaacılık Ltd. Şti, İstanbul, 2000; 62-78.
94. Önder MR, Onat A, Büyüköztürk K, Karcier S, İlerigelen B. Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu. Ed: Onat A., Ulusal. Türk Kardiyol Dern Arş 2000; 28: 335-397.
95. Onat A, Adalet K. Türk erişkinlerinde sigara içimi ve eğilimler. İçinde: Ed. Onat A, Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Sağlığı. Ohan Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul, 2000; 57-61.
96. Bertel O. Effect of patient information, compliance and medical control on prognosis in chronic heart failure. *Hertz* 1991; 16 (Abstr): 294-7.
97. Wagdi P, Vuillioment A, Kaufmann U, Richter M, Bertel O. Inadequate treatment compliance, patient information and prescription as causes for emergency hospitalization of patient with chronic heart failure. *Schweiz Med Wochenschr* 1993; 30 (Abstr): 108-112.
98. Türkiye Kalp Raporu 2000. Türk Kardiyoloji Derneği. Yenilik basımevi. İstanbul, 2000.
99. Soydan İ. TEKHARF çalışması'nda hipertansiyon yönünden elde edilen veriler ve bunların yorumu. İçinde: Ed. Onat A. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı, TEKHARF Çalışması. Ohan Matbaacılık, İstanbul, 2000; 46-55.

100. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch. Intern med*, 1999;159:1613-19.
101. Artinian NT, Harden JK, Kronenberg MW, Vander JS, Daher E, Stephens Q, Bazz, RI. Pilot study of a Web-based compliance monitoring device for patients with congestive heart failure. *Heart&Lung* 2003; 32: 226-33.
102. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart&Lung* 2002; 31: 161-172.
103. Bennet SJ, Huster GA, Baker SL. Characterization of the precipitans of hospitalization for heart failure decompensation. *Am J Crit Care* 1998;7: 168-174.
104. Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart&Lung* 2001; 30: 294-301.
105. Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-Care Strategies for Symptom Management in Patients With Chronic Heart Failure. *Nurse Res* 49:3 2000; 49: 139-145.
106. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self care in person with heart failure. *Heart&Lung* 2001; 30: 18-25.
107. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart&Lung* 2001; 30: 351-9.

DIANA UNIVERSITY



March 12, 2001

SCHOOL OF NURSING

Sıdıka Oğuz
Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Öğretim Görevlisi
Tıbbiye Caddesi. Haydarpaşa Kampüsü. No:49
Haydarpaşa/Üsküdar. İstanbul -TURKEY

Dear Ms. Oğuz:

Thank you for your interest in my questionnaires. You have my permission to use the Beliefs about Medication Compliance and Beliefs about Dietary Compliance Scales for your master's research thesis. I have enclosed copies of the questionnaires and information describing the scoring of the instruments.

If you need additional information, feel free to contact me. Best wishes to you as you complete your study.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Susan J. Bennett".

Susan J. Bennett, DNS, RN
Professor

SJB:drb

DEPARTMENT OF ADULT HEALTH

1111 Middle Drive
Indianapolis, Indiana
46202-5107

317-274-0024
Fax: 317-278-1856

Siyami Ersek Göğüs Hastalıkları Hastanesi Başhekimliğine,

M.Ü Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında öğretim görevlisi olarak çalışmakta ve İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora programına devam etmekteyim. Doç. Dr. Nuray Enç'in danışmanlığında "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç Ve Uyumları" adlı tez çalışmamı hastanenizin kardiyoloji polikliniğinde uygulamak istiyorum. Çalışmamı yapabilmek için gerekli iznin tarafıma verilmesini saygılarımla arz ederim.

EK: 1. Ön Proje

Adres: Marmara Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Tıbbiye Cad. Haydarpaşa Kampüsü.
Haydarpaşa. İstanbul
Tel: 0216 418 16 06/164

26.09.2001

Sıdıka Oğuz

Sıdıka Oğuz

alın
08.10.01

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Yerel Etik Kurulu

Sayı : 299

Tarih: 4.06.2003

Sayın Doç.Dr.Nuray Enç
Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları" isimli çok merkezli tanımlayıcı çalışma kurulumuzda incelendi,etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü,uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Deniz SARGIN
İstanbul Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanı



Eki:Tutanak

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi:09.04.2003

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Pembe Salonu

Toplantı Sayısı:04

Prot.No.Sayısı :

Sorumlu araştırmacılığını Fakültemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Nuray Enç'in,üstlendiği "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları" isimli çok merkezli tanımlayıcı çalışma kurulumuzda incelendi,etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü,uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr.Deniz **SARGIN**



Prof.Dr.Mübeccel **DEMİRKOL**



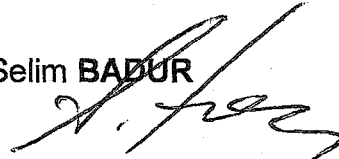
Prof.Dr.Berrin **UMMAN**



Prof.Dr.Cahide **GÖKKUŞU** (Katılmadı)

Prof.Dr.Koray **ACARLI** (Katılmadı)

Prof.Dr.Selim **BADUR**



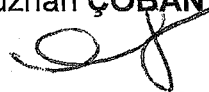
Prof.Dr.Aykan **CANBERK**



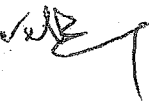
Prof.Dr.Emin **DARENDELİLER** (Katılmadı)

Prof.Dr.Beyhan **ÖMER** (Katılmadı)

Prof.Dr.Oğuzhan **ÇOBAN**



Prof.Dr.Veli **UYSAL**



Prof.Dr.Kamil **PEMBECİ** (Katılmadı)

Prof.Dr.Nuran **YILDIRIM** (Katılmadı)

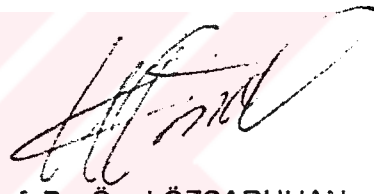
T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI
TEL: 534 00 00 / 1422
FAKS: 534 07 68

Sayı : 386

Tarih : 05.02.2003

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

04.02.2003 tarihli Akademik Kurulumuzda aşağıda adı geçen projenin desteklenmesi tartışılmış ve kabul edilmiştir. Projeler Anabilim Dalımız tarafından desteklenecektir. Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Prof. Dr. Önal ÖZSARUHAN
Kardiyoloji Anabilim Dalı
Başkanı

06.02.03*005367

E. Kuvvet

Proje Adı ;

Doç. Dr. Nuray Erinç'in danışmanlığı altında Sıdıka Oğuz, tarafından yürütülen "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireyleri Hastalık Yöntemine İlişkin İnanç ve Uyumluluğu" adlı çalışmanın dosyası ekte sunulmuştur.

Ek 3. İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

YÖNERGELER: Bunlar, düşük tuzlu diyet uygulamasının iyi ve kötü yanlarına ilişkin sorulardır. Size her cümleyi okuduğumda o ifadeye ne oranda katıldığınızı ya da katılmadığınızı en iyi tanımlayan rakamı işaretleyin. Eğer kesinlikle katılmıyorsanız 1' i, katılmıyorsanız 2' yi, kararsızsanız 3' ü, katılıyorsanız 4' ü , kesinlikle katılıyorsanız 5' i seçin.

1 = Kesinlikle Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle Katılıyorum

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

DİYET HAKKINDA İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

YÖNERGELER: Bunlar, düşük tuzlu diyet uygulamasının iyi ve kötü yanlarına ilişkin sorulardır. Size her cümleyi okuduğumda o ifadeye ne oranda katıldığınızı ya da katılmadığınızı en iyi tanımlayan rakamı işaretleyin. Eğer kesinlikle katılmıyorsanız 1' i, katılmıyorsanız 2' yi, kararsızsanız 3' ü, katılıyorsanız 4' ü, kesinlikle katılıyorsanız 5' i seçin

1 = Kesinlikle Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle Katılıyorum

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

TANITIM

Kalp sağlığı projemizin bir bölümü olarak bugün size bir çizelge vereceğiz ve sizler buradan ayrılmadan çizelgenin nasıl kullanılacağını göstereceğiz. Aynı zamanda size sürekli yanınızda bulundurmanız gereken bir kart vereceğiz. Her gün verdiğiniz kiloyu bu karta yazabilirsiniz. Eğer bu kartı sürekli yanınızda bulundurursanız ,doktora geldiğinizde de doğal olarak kart üzerinizde olacaktır .Böylelikle hekiminiz ve siz, kaydettiğiniz kiloları inceleyerek kilonuzun gidişatı ve vücudunuzdaki sıvı toplanması hakkında fikir edinebilirsiniz. Kalp yetersizliği olan kişilerde ilaç kullanımı ve az tuzlu diyetin yanı sıra şişmelerin izlenmesinde günlük kilo takibi son derece önemlidir.

Kalp Yetersizliğinde Bireysel İzlem ve Uyum

1. Kilonuzu ölçmek için tartı aletiniz var mı? Evet
Hayır
2. Evde kendinizi tartıyor musunuz? Evet
Hayır
3. Kilonuzu ne kadar sıklıkla ölçüyorsunuz? haftada _____ gün
4. Kilonuzu bir kağıda kaydediyor musunuz? Evet Hayır
5. Hekim ya da hemşire olmanız gereken belli bir ağırlık limitleri verdi mi?
(kilonuz şu.... şu sınırlar arasında tutunuz diye) Evet Hayır
6. Bacak ve ayaklarınızı şişme olup olmadığını kontrol ediyor musunuz?
 Evet Hayır

BİREYSEL İZLEM HAKKINDAKİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

YÖNERGELER: Bunlar, düşük tuzlu diyet uygulamasının iyi ve kötü yanlarına ilişkin sorulardır. Size her cümleyi okuduğumda o ifadeye ne oranda katıldığınızı ya da katılmadığınızı en iyi tanımlayan rakamı işaretleyin. Eğer kesinlikle katılmıyorsanız 1' i, katılmıyorsanız 2' yi, kararsızsanız 3' ü, katılıyorsanız 4' ü , kesinlikle katılıyorsanız 5' i seçin.

1 = Kesinlikle Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle Katılıyorum

İFADELER	1	2	3	4	5
1. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek hoşuma gitmiyor.	1	2	3	4	5
2. Her gün kendimi tartmak çok zamanımı alıyor.	1	2	3	4	5
3. Her gün kilomu ölçerek sağlığımı koruyorum.	1	2	3	4	5
4. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek çok zaman alıyor.	1	2	3	4	5
5. Her gün kilomu izlemek, yaşamımın kalitesini geliştiriyor.	1	2	3	4	5
6. Her gün kendimi tartmak, kalp hastalığım hakkında beni endişelendiriyor.	1	2	3	4	5
7. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek, kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.	1	2	3	4	5
8. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden nasıl kontrol edeceğimi bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9. Evde kendimi tartmak için tartı aletim yok.	1	2	3	4	5
10. Her gün kilomu takip etmekten hoşlanmıyorum.	1	2	3	4	5
11. Kilomu ölçtüğümde, hastalığım hakkında endişelenmiyorum.	1	2	3	4	5
12. Kendimi tarttığımda tartıdaki değeri okuyamıyorum.	1	2	3	4	5

13. Her gün kilomü ölçmeyi unutuyorum.	1	2	3	4	5
14. Tartı aletinin üzerinde kilomü göremiyorum.	1	2	3	4	5
15. Ayak ve bacaklarımı şişlik yönünden kontrol etmek yaşam kalitemi arttıracığına inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Her gün kilomü takip ettiğimde, hastaneye yatma olasılığımın az olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
17. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmenin beni daha sağlıklı yapacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
18. Her gün ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmeyi unutuyorum.	1	2	3	4	5

Ek 4. BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Bu araştırma kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıklarına uyum ve inancını ölçmek amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevapları hangi seçenek size uyuyorsa onun önündeki rakamı yuvarlak içine alınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Sıdika Oğuz M.Ü Hemşirelik Yüksekokulu

Adı Soyadı: Hasta No: Telefon No: Tarih:

1) Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

2) Yaşınız:.....

3) Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış 5) Eşi ölmüş

4) Eğitim Durumunuz nedir? 1)Okur yazar 2) İlkokul 3) Orta 4) Lise 5) Üniversite

5) Mesleğiniz:.....Yaptığınız İş:.....6) Yaptığınız iş yorucu mu? 1) Evet 2) Hayır

6)Aşağıdaki aktivitelerden yaptıklarınıza evet, yapmadıklarınıza hayır işaretleyiniz.

Enerji Sınıfı (MET düzeyi)	Aktiviteler	Evet	Hayır
1 MET	Yemek yeme, giyinme, oturarak çalışma		
2 MET	Duş alma, alışveriş, yemek pişirme, 1 kat merdiven inme		
3 MET	Masa başı çalışma, tek ya da iki basamaklı yüzeyde yavaşça yürüme, süpürge kullanma, bakkaldan poşetle yiyecek taşıma		
4 MET	Cam silme, tırmıkla yaprakları çekme, ot yolmak, çim biçme makinesini itmek, boya yapmak, hafif marangozluk işleri, hafif cisimleri raflara yerleştirme işleri, voleybol, tenis		
5 MET	Yürüme, dans etmek, araba yıkamak		
6 MET	Ağır marangozluk, çim biçme makinesi ile çim biçme, golf oynama, golf sopalarını taşıma		
7 MET	Kazı yapmak, toprak bellemek, yokuşta yürüyüş yapmak		
8 MET	Elinde yük ile merdiven çıkmak, ağır mobilyaları hareket ettirmek, düz bir zeminde yavaşça koşma (ısınma hareketi), hızla merdivenleri tırmanma		
9 MET	Çiftçilik, dağcılık, bisiklet kullanma, testere ile odun kesmek, yavaşça ip atlamak		
10 MET	Yüzmek, tepeye bisikletle tırmanmak, yavaşça koşmak (1.5 Km hız)		
11 MET	Ağır yük taşımak (Örn,Çocuk, odun taşımak), merdivenleri ikişer ikişer çıkmak, kayak yapmak, düzenli ve sürekli bisiklet kullanmak		
12 MET	Yatay zeminde devamlı koşma		
13 MET	Yarışmalar, aralıklı hızlı koşu, yarışmada koşmak, yarışmada kürek çekmek, bisikletle yarışmak.		

7) Şu anda kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

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

8) Boyunuz kaç cm?..... 15) Kaç kilosunuz?.....

9) Doğum yeriniz : 1) İl 2) İlçe 3) Köy

10) Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz? 1) İl 2) İlçe 3) Köy

4) Yurt dışı

11) Şimdi hangi ilde yaşıyorsunuz?.....

12) Ekonomik durumunuz nasıldır? 1) Gelirim giderlerimi karşılıyor

2) Gelirim giderlerimi karşılamıyor 3) Gelirim giderlerimi kısmen karşılıyor.

13) Sağlık sigortanız var mı? Varsa türü nedir? 1) Yok 2) Emekli sandığı 3)

SSK

4) Bağ-kur 5) Özel sigorta 6) Yeşil kart

14) Hastalığınız ne zamandan beri devam etmektedir? 1) 6 ay 2) 1 yıl

3) 2 yıl 4) 2 yıl üstü

15) Doktor kontrollerine gelme sıklığınız nedir?.....

16) NHYA fonksiyonel sınıflaması... 1) Sınıf II 2) Sınıf III

17) Varolan diğer kronik hastalıklar. 1) Hipertansiyon 2) Diyabet 3)

KOAH 4) Böbrek yetmezliği 5) İskemik kalp hastalıkları 6) Valvüler

kapak hastalıkları 7) Diğer (Ülser vb....).....

18) Son 6 ay içinde herhangi bir hastanenin acil servisine başvurduunuz mu? 1)

Evet 2) Hayır

19) Yanıtınız evet ise kaç kere başvurduunuz?.....

20) Acil başvurudan sonra düzenli olarak hastalığınızın kontrolü için sağlık kuruluşuna gittiniz mi? 1) Evet 2) Hayır

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

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

23) Hastalığınız hakkındaki bilgiyi nereden aldınız?.....

24) Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

26) Alkol kullanıyor musun? 1) Evey 2) Hayır.

Ek 5. İUHIÖ, DUHIÖ, BIUHIÖ'nin Geçerlik Aşamasında

Görüşleri Alınan Uzmanlar (İsimler ünvan ve soyadı dizilişinde alfabetik sıraya göre verildi.)

Prof Dr. Zehra Durna

Prof Dr. Deniz Güzelsoy

Prof Dr. Hüsniye Yüksel

Doç. Dr. Şule Ecevit Alpar

Doç. Dr. Nuray Enç

Doç. Dr. Nursen Nahçıvan

Doç. Dr. Nermin Olgun

Doç. Dr. Rukiye Pınar

Doç. Dr. Sevim Savaşer

Doç. Dr. Zerrin Yiğit

Yard. Doç. Dr. Yasemin Akbal

Yard. Doç. Dr. Sezgi Çınar

Öğr. Gör. Mehmet Aydın

Öğr. Gör. Erhan Köseoğlu

Çevirmen. Engin Yazıcı

12. ÖZGEÇMİŞ

1966 yılında Kırklareli'nde doğan Sıdıka OĞUZ, 1984 yılında Tekirdağ Sağlık Meslek Lisesi'nden, 1990 yılında İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan, 1996 yılında M.Ü. Hemşirelik Yüksekokul İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans yaparak M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden mezun oldu.

1984-1990 yılları arasında klinik hemşiresi (cerrahi, kadın doğum, kardiyoloji) olarak görev yaptı. 1990 yılında Sağlık Bakanlığının düzenlemiş olduğu 216 kredilik Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü programına katılarak sertifika aldı. 1990-1993 yılları arasında Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü olarak görev yaptı.

Hemşirelikle ilgili çeşitli kongre, sempozyum, seminer ve kurslara katılmış olup, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Eğitimi ve Hizmetlerini Destekleme Derneği, Türk Kardiyoloji Derneği Hemşirelik ve Teknisyenlik Çalışma Grubu ve Hemşirelikte Araştırma- Geliştirme Derneği üyesidir.

Halen Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda öğretim görevlisi olarak çalışmakta olup, İngilizce bilmektedir.